



**AUSL 4  
TERAMO**

il meglio è nel tuo territorio

REGIONE ABRUZZO  
Azienda Unità sanitaria Locale – Teramo  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**  
C.da Casalena – 64100 Teramo  
Pec: **sian@pec.aslteramo.it**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a .....

il..... residente in ..... via.....

domicilio.....

telefono..... e-mail/pec .....

codice fiscale..... in qualità di Rappresentante Legale della ditta alimentare /

Ente formativo – CAT ..... codice fiscale /partita IVA .....

con sede legale nel Comune di ..... via .....

telefono..... e-mail/pec ..... esercente attività di .....

### CHIEDE

**l'organizzazione di una prova di valutazione per Corsi di formazione e addestramento in materia di Igiene degli Alimenti** (art. 210 L.R. 6/2005 e s.m.i. – D.G.R. n. 61 del 30.01.2006, n. 740 del 03.07.2006 e n. 949 del 21.08.2006 e n. 463 del 14 maggio 2007)

presso i locali della Ditta / CAT - Ente Formativo..... siti nel

Comune di ..... via ..... tel. ....

per il giorno ..... alle ore ..... come concordato.

Allega:

1. Dichiarazione del Responsabile Tecnico inerente i nominativi dei soggetti che hanno regolarmente Frequentato il corso validato dalla Azienda USL di Teramo.
2. Ricevuta di versamento di € **100,00** sul conto corrente n. **70832951** intestato ASL TERAMO SIAN oppure IBAN: **IT32 G076 0115 3000 0007 0832 951** Causale: Richiesta Prova di Valutazione Corso di Formazione addetti manipolazione Alimenti

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa Generale sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web della ASL di Teramo e disponibile presso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Data.....

Firma.....

Mod. Addetti alla manipolazione degli alimenti (Corso organizzato da aziende/Industrie- esame finale)