Azienda Sanitaria Locale
Avezzano. Sulmona. L'Aquila

Regione Abruzzo
A.S.L. n° 1 – *Avezzano Sulmona L'Aquila*

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
c/o P.O. Santa Maria di Collemaggio – L'Aquila

Direttore Medico dr.ssa Ersilia Equizi

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI
(D.G.R. n.61 del 30/01/2006 e succ.)

Il/La sottoscritt...Sig.....

Nat.. il.....a.....

E residente a.....Comune.....Prov.....

via.....n.....C.A.P.....

Codice Fiscale .....

CHIEDE

di partecipare al corso in oggetto

Data.....

Firma

.....

RecapitoTelefonico :.....

Documenti da allegare alla domanda

1) **Ricevuta del versamento di € 40 da effettuare sul C.C.P n. 71623250 intestato a A.S.L. n. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Causale: Corso di formazione addetti manipolazione alimenti**
2) **N.2 Foto tessera di cui una autenticata nei termini di legge.**

Cod. 138230

Azienda Sanitaria Locale
Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Regione Abruzzo
A.S.L. n° 1 – *Avezzano Sulmona L'Aquila*

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
c/o P.O. Santa Maria di Collemaggio – L'Aquila

Direttore Medico dr.ssa Ersilia Equizi

Modulo per la manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali (art. 23 – D.Lgs. 196/03)

(informativa MODELLO: inf 13_196_13_A)

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a _____il_____

□ per proprio conto

□ esercitando la potestà di genitore sul minore_____

□ esercitando la legale rappresentanza sul sig./ sig.ra_____
(IN CASO DI INTERDETTO)

□ altro specificare _____

dichiara di aver ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali e

□ FORNISCE IL CONSENSO **□ NON FORNISCE IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, per i servizi sanitari richiesti e necessari alle tutela della propria salute, dei propri bisogni e per tutto quanto indicato all'interno della citata informativa: il consenso manifestato ha validità per i trattamenti sanitari, amministrativi e per tutte le attività connesse compresa la comunicazione dei dati come indicato all'interno dell'informativa. Il presente consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data,_____ _____
Firma dell'interessato (o di chi ne fa le veci)

Azienda Sanitaria Locale
Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Regione Abruzzo
A.S.L. n° 1 – *Avezzano Sulmona L'Aquila*

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
c/o P.O. Santa Maria di Collemaggio – L'Aquila

Direttore Medico dr.ssa Ersilia Equizi

AUTENTICAZIONE FOTO MAGGIORENNI

Vista la foto, si AUTENTICA la foto

del Sig./ra.....

Nato/a a .....

E residente.....

.....

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 (L)

Documento.....

Rilasciato il .....

L'Aquila lì.....

Il Dirigente Medico

.....