AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

Spett.le ASL BN
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Via Patrizia Mascellaro, 1 - 82100 Benevento

SISTEMA DI GESTIONE CERTIFICATO
ITALCERT
UNI EN ISO 9001

Oggetto: Domanda iscrizione Corso di formazione per alimentaristi. (D.D. Regione Campania 110/2018)

Il/a sottoscritto/a_____ nato a_____
il_____ e residente in_____
alla Via_____Documento riconoscimento_____
n._____rilasciato da _____il_____
Cod. Fisc./P.IVA_____Tel._____

CHIEDE

di partecipare al Corso per il rilascio dell'Attestato di Formazione per Alimentaristi.

Dichiara a tal fine di svolgere la seguente mansione:_____
e pertanto di essere inserito nei Corsi per :

☐ **Alimentarista di livello di rischio 1**: es. baristi, fornai ed addetti alla produzione di pizze e similari; addetti alla vendita di alimenti sfusi e generi alimentari incluso ortofrutta; addetti somministrazione/porzionamento pasti in strutture socio-assistenziali e scolastiche;
Corso della durata di 4 ore - validità triennale - costo €. 40,00

_____

☐ **Alimentarista di livello di rischio 2**: es. cuochi (ristorazione collettiva, scolastica, aziendale, ristoranti e affini, etc.); pasticcieri; gelatieri (produzione); addetti gastronomia (produzione e vendita); addetti produzione pasta fresca; addetti lavorazione latte e formaggi; addetti macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita di carni, pesce e molluschi; addetti produzione ovoprodotti;
Corso della durata di 8 ore - validità triennale - costo €. 80,00

_____

☐ **Responsabile di industria alimentare(OSA) e/o Responsabile Piano Autocontrollo**

Corso della durata di 12 ore - validità triennale - costo €. 120,00

☐ **Partecipazione alla prova d'esame residenziale** e rilascio attestato per qualsiasi dei tre livelli - costo €.10.00

_____

In caso di assenza ingiustificata al corso, la S.V. sarà ritenuta rinunciataria senza condizione e non verrà più contattata.

Firma del richiedente

_____
firma per esteso e leggibile

Per i minorenni la domanda deve essere controfirmata da uno o entrambi i genitori

_____
firma per esteso e leggibile

Si allega copia del bonifico bancario effettuato intestato a:

ASL BN –IBAN IT29J0200815004000065362678 Causale:20-DP – SIAN Prest.ni Tariffario Reg.Re – Corso per Alimentaristi

Informativa sulla privacy
(Regolamento UE/2016/679)

Ai sensi della richiamata normativa, desideriamo informarLa che il trattamento dei suoi dati personali da parte di questa Azienda Sanitaria Locale Benevento - titolare del trattamento – con sede in Via Oderisio, 1 – Benevento, avviene (sia con mezzi cartacei che automatizzati) esclusivamente per e nell'ambito della procedura relative al corso per il rilascio dell'Attestato di Formazione/Aggiornamento per Alimentaristi e si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali
Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sopra riportati

Firma

_____li_____ _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

Spett.le ASL BN
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Via Patrizia Mascellaro, 1 - 82100 Benevento

SISTEMA DI GESTIONE CERTIFICATO
ITALCERT
UNI EN ISO 9001

RINNOVO ATTESTATO N°_____ **LIVELLO**_____

Oggetto: Domanda iscrizione Corso di formazione per alimentaristi. (D.D. Regione Campania 110/2018)

Il/a sottoscritto/a_____ nato a_____
il_____ e residente in_____
alla Via_____Documento riconoscimento_____
n._____rilasciato da _____il_____
Cod. Fisc./P.IVA_____Tel._____

CHIEDE

di partecipare al Corso per ilrinnovo dell'Attestato di Formazione per Alimentaristi.

Dichiara a tal fine di svolgere la seguente mansione:_____
e pertanto di essere inserito nei Corsi per:

☐ **Alimentarista di livello di rischio 1**: es. baristi, fornai ed addetti alla produzione di pizze e similari; addetti alla vendita di alimenti sfusi e generi alimentari incluso ortofrutta; addetti somministrazione/porzionamento pasti in strutture socio-assistenziali e scolastiche;
Corso della durata di 3 ore - validità triennale - costo €. 40,00

☐ **Alimentarista di livello di rischio 2**: es. cuochi (ristorazione collettiva, scolastica, aziendale, ristoranti e affini, etc.); pasticcieri; gelatieri (produzione); addetti gastronomia (produzione e vendita); addetti produzione pasta fresca; addetti lavorazione latte e formaggi; addetti macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita di carni, pesce e molluschi; addetti produzione ovoprodotti;
Corso della durata di 3 ore - validità triennale - costo €. 40,00

☐ **Responsabile di industria alimentare(OSA) e/o Responsabile Piano Autocontrollo**
Corso della durata di 6 ore - validità triennale - costo €. 80,00

☐ **Partecipazione alla prova d'esame residenziale** e rilascio attestato per qualsiasi dei tre livelli - costo €.10.00

In caso di assenza ingiustificata al corso, la S.V. sarà ritenuta rinunciataria senza condizione e non verrà più contattata.

Firma del richiedente

_____
firma per esteso e leggibile

Per i minorenni la domanda deve essere controfirmata da uno o entrambi i genitori

_____
firma per esteso e leggibile

Si allega copia del versamento effettuato intestato a:

ASL BN –IBAN IT29J0200815004000065362678 Causale:20-DP – SIAN Prest.ni Tariffario Reg.Re – Corso per Alimentaristi

Informativa sulla privacy
(Regolamento UE/2016/679)

Ai sensi della richiamata normativa, desideriamo informarLa che il trattamento dei suoi dati personali da parte di questa Azienda Sanitaria Locale Benevento - titolare del trattamento – con sede in Via Oderisio, 1 – Benevento, avviene (sia con mezzi cartacei che automatizzati) esclusivamente per e nell'ambito della procedura relative al corso per il rilascio dell'Attestato di Formazione/Aggiornamento per Alimentaristi e si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali
Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sopra riportati

Firma

_____li_____ _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

Spett.le ASLBN1
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Via Patrizia Mascellaro, 1- 82100 Benevento
Tel 0824/308285- 308288
Mail: dp.sian@aslbenevento1.it
Pec: dp.sian@pec.aslbenevento.it

SISTEMI DI GESTIONE CERTIFICATO
ITALCERT
UNI EN ISO 9001

Domanda di iscrizione al Corso di Formazione per la preparazione di pasti speciali nelle mense pubbliche (DGRC 2163 del 14/12/2007)

Il/ la Sottoscritto/a ---------- nato a ----------( )

Il---------- e residente in ----------( ) via----------

---------- Documento di riconoscimento----------

n° ---------- rilasciato da ---------- il----------

Cod. fiscale/ P.IVA---------- tel----------cell----------

CHIEDE

Di partecipare al Corso di formazione della durata di (2) due ore per la preparazione di pasti speciali nelle mense pubbliche, come previsto nelle DGRC 2163 del 14/12/2007.
Dichiara a tal fine di svolgere la seguente mansione:

- **CUOCO**
- **CONFEZIONATORE**
- **TRASPORTATORE/ ADDETTO ALLA DISTRIBUZIONE**
- **ADDETTO ALLE PULIZIE**

Presso la seguente struttura_____

Firma del Richiedente

_____

per i minorenni la domanda deve essere controfirmata da uno o da entrambi i genitori

_____

Informativa sulla privacy (Regolamento UE / 2016/679)
Ai sensi della richiamata normativa, desideriamo informarLa che i trattamento dei suoi dati personali da parte di questa Azienda Sanitaria Locale Benevento - titolare del trattamento - con sede a via Oderisio, 1- Benevento, avviene (sia con mezzi cartacei che automatizzati) esclusivamente per e nell'ambito delle procedure relative al corso di formazione per la preparazione di pasti speciali nelle mense pubbliche, e si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.
Autorizzazione al trattamento dei dati personali
Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati sopra riportati

_____li_____

Firma del richiedente

_____