



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento di Sanità Pubblica

Modello A: istanza di rilascio attestato formazione alimentarista
ai sensi art. 3 LR 11/03 (rev.: maggio 2008)

**Al Direttore
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Azienda USL Modena
Viale M. Finzi, 211
41100 Modena**

La/il sottoscritta/o
nata/o a (.....) il.....
residente a(.....) in via n.....
recapito telefonico

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera sempre in base al citato D.P.R. 445/2000;

CHIEDE

Il rilascio dell'attestato ai sensi dell'articolo 3 della L.R. (Emilia Romagna) 11/03 e art. 3 D.G.R. 342/04 con la mansione di
.....

DICHIARA

di aver frequentato il corso sul seguente oggetto
.....
.....
svoltosi presso l'ente formativo
con sede a..... (.....) in via.....
con la seguente durata
per un totale di ore:

Barrare la modalità di consegna/ritiro dell'attestato

- L'attestazione verrà ritirata di persona c/o Ufficio Corsi Alimentaristi Via M.Finzi, 211 Modena (Tel. 059 435106)
- L'attestazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Luogo e data

La/Il dichiarante

..... li

La presente dichiarazione ha la stessa validità temporale degli atti che sostituisce (art. 48 D.P.R. 445/2000).
Tale dichiarazione **può essere trasmessa via fax (n. fax 059 435157) o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000), allegando copia fotostatica non autenticata di un documento di identità** di cui all'articolo 35 D.P.R. 445/2000) del sottoscrittore.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

I n f o r m a t i v a D . l g s 1 9 6 / 0 3 a r t . 1 3 (p r i v a c y)

- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- i dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l'espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che all'esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l'Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
- il conferimento dei dati è obbligatorio;
- la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: **non rilascio dell'attestazione**;
- il titolare del trattamento è l'Azienda USL di Modena;
- il responsabile del trattamento è la Dr.ssa M.Rita Fontana;
- lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all'indirizzo in epigrafe.