



Dipartimento di Sanità Pubblica

Al Direttore del S.I.A.N.
Dott.ssa Maria Rita Fontana
Azienda USL Modena
Via M. Finzi, 211 - 41100 Modena

Oggetto: corso di aggiornamento, per il rilascio dell'attestato ai sensi dell'articolo 3 allegato 1 delle legge regionale 11/03: valutazione di compatibilità con le finalità della L.R. 11/03 e della D.G.R. Emilia-Romagna n. 342/04 art. 3 e 6 allegato n.1.

La/il sottoscritto/a
nata/o a (.....) il
residente a (.....) in via n.
recapito telefonico **(obbligatorio)**
in qualità di: titolare amministratore legale rappresentante altro specificare _____
dell'Associazione di Categoria.....
con sede legale in

P.I./C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

la validazione della/e iniziativa/e di AGGIORNAMENTO sotto indicata/e e dedicata/e agli operatori alimentaristi per il rilascio dell'attestato di formazione come previsto dalla L.R. N. 11/2003 e dall'art. 3 dell'allegato n. 1 della D.G.R. n. 342/2004.

E

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,

DICHIARA

- che tale iniziativa formativa è rivolta esclusivamente agli operatori delle seguenti Aziende associate titolari di RICONOSCIMENTO/REGISTRAZIONE (rilasciata ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/04 o titolare di AUTORIZZAZIONE SANITARIA (rilasciata ai sensi dell'art. 2 L. 283/62 e del DPR 327/80);
.....
- Che la sede del corso è.....;
- Che il docente èdi cui al curriculum quale **allegato 1**;
- Che la data di effettuazione è.....;
- Che la durata del corso è prevista in ore 2 (due) o superiore, come indicato nell'**allegato 2**;
- Che i contenuti del corso di aggiornamento, la metodologia didattica e il test di valutazione finale sono quelli indicati nell'**allegato 2**;
- Che il numero dei partecipanti è di i quali svolgono le mansioni di cui all'unito **allegato 3**.

AUTORIZZA

in quanto informato, la raccolta dei propri dati ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196/03.

Luogo e data

La/Il dichiarante

....., li

La presente dichiarazione ha la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono (art. 48 D.P.R. 445/2000).
Tale dichiarazione/istanza **può essere trasmessa via fax 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 validazione del corso**;
- 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.

Allegato 1 - Autocertificazione

II/La Sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

nato/a a _____ () il ____/____/____

nominato/a dall'Azienda _____

come docente del corso di formazione/aggiornamento (**barrare la voce che non interessa**) per i dipendenti, **effettuato ai sensi della L.R. n. 11/2003 e della D.G.R. n. 342/2004 art. 3 e 6 allegato 1**, 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, informato ed autorizzando la raccolta dei dati ai sensi dell'articolo 13 Decreto Legislativo n. 196/03

DICHIARA

a) di essere in possesso dei seguenti titoli

Laurea in

- Medicina e Chirurgia
- Biologia
- Farmacia
- Medicina Veterinaria
- Tecnico della Prevenzione negli Ambienti di Vita e di Lavoro (o titolo di studio equipollente)
- Assistente Sanitario (o titolo equipollente)
- Scienze Infermieristiche (o titolo equipollente)
- Tecnologia Alimentare (o titolo equipollente)
- Scienze Nutrizionali (o titolo equipollente)
- Dietistica (o titolo equipollente)
- Agraria (o titolo equipollente)
- Scienza della Produzioni Animali (o titolo equipollente)

conseguita in data ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____

b) di avere svolto attività e/o sostenuto responsabilità nella materia precisata NELL'ALLEGATO CURRICULUM VITAE;

Luogo e data

_____, il ____/____/____

II/La dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione ha la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono (art. 48 D.P.R. 445/2000).

Tale dichiarazione **può essere trasmessa via fax 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).

Informativa D.lgs 196/03 art. 13 (privacy)

- 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 validazione del corso**;
- 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.

Allegato 2 - Criteri per la valutazione di compatibilità con quanto previsto dalla Legge Regionale 11/03 e dalla Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna 342/04 art. 3 e 6, per il rilascio dell'attestato per operatore alimentarista, da parte delle Associazioni di categoria.

METODOLOGIA

Lezioni frontali in aula..... SI NO
Consegna di materiale didattico..... SI NO

DURATA 2 ore
 3 ore
 più di 3 ore (____ore) specificare _____

CONTENUTI

- Le malattie trasmesse da alimenti..... SI NO
- Valutazione del rischio connesso alle diverse fasi del ciclo di produzione degli alimenti, con particolare riferimento all'attività svolta dai soggetti interessati SI NO
- Modalità di contaminazione degli alimenti e ruolo dell'alimentarista nella prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti: simulazioni e soluzioni di problemi "sul campo"..... SI NO
- Igiene personale: procedure di controllo comportamentale SI NO
- Igiene e sanificazione degli ambienti e delle attrezzature SI NO

VERIFICA

È prevista una prova di valutazione finale con test a scelta multipla (minimo 12 items, esito negativo con 5 o più errori)..... SI NO

Per quanto sopra descritto è dichiarato 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; è informato ed autorizza la raccolta dei dati ai sensi dell'articolo 13 Decreto Legislativo n. 196/03.

Luogo e data

_____, li ____/____/____

Il/La dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione ha la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono (art. 48 D.P.R. 445/2000).

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax 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).

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 validazione del corso**;
- 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.