

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione
dell'Azienda Sanitaria Provinciale
Di _____

Oggetto: Comunicazione di : 1) Annullamento corso – 2) Variazione data esami – 3) Variazione data corso
- per alimentaristi di cui al D.A. n. 698/2022

Il sottoscritto: Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Sesso M F Codice Fiscale

Residente a: Comune..... Prov.

Via/piazza..... n..... CAP.....

Nella qualità di

- dell'Ente di formazione accreditato e riconosciuto dalla regione;
- dell'Associazione di categoria e/o professionale;
- della Società o studio professionale;
- dell'Impresa Alimentare (solo per il proprio personale);
- dell'Istituto alberghiero (solo per i propri iscritti e per il proprio personale addetto alla manipolazione degli alimenti);
- del Policlinico universitario, dell'Ente e l'Azienda del Sistema Sanitario Regionale (solo per il proprio personale addetto alla manipolazione degli alimenti e per gli iscritti del terzo settore coinvolti in attività sociali -recupero e distribuzione pasti);

Denominata/o:

con sede legale nel comune di prov.

via/piazza..... n..... CAP

Codice Fiscale partita I.V.A.

e sede operativa nel comune di prov.

via/piazza..... n..... CAP

PEC

Iscritto al Registro Regionale per la formazione degli alimentaristi al N.....

COMUNICA

1) L'annullamento del corso previsto dal _____ al _____

in modalità Residenziale in modalità FAD sincrona in modalità FAD asincrona

2) Variazione data esami: previsti in data _____ si svolgeranno il _____

in modalità Residenziale in modalità FAD sincrona

3) variazione data del corso previsto dal _____ al _____
Nuova data dal _____ al _____

in modalità Residenziale in modalità FAD sincrona in modalità FAD asincrona

Data

Firma

.....