

## Eventuale logo dell'ente organizzatore

### DENOMINAZIONE ENTE

ISCRITTO AL N. \_\_\_\_\_ DEL REGISTRO REGIONALE PER LA FORMAZIONE DEGLI  
ALIMENTARISTI

ATTESTATO N. \_\_\_\_\_

Si attesta che il Sig./Sig.ra

---

Codice fiscale

---

Nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ha frequentato il corso per alimentarista per una durata di:

- 12 ore (destinato agli alimentaristi non ancora formati)
- 6 ore (corso di aggiornamento)
- 4 ore (destinato agli iscritti degli enti del terzo settore)

in modalità residenziale tenutosi presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in modalità FAD sincrona dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in modalità FAD asincrona dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ed ha

**SUPERATO CON PROFITTO L'ESAME FINALE**

Sostenuto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il presente attestato è valido 3 anni a partire dalla data di rilascio e deve essere rinnovato 30 giorni prima della scadenza

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del responsabile del corso

---