



**RICHIESTA di PARTECIPAZIONE al CORSO di FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA PRODUZIONE E/O SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI SENZA GLUTINE
(Det. Reg. n°3642 del 16/03/2018)**

c.d. "Corso Celiachia per Operatori Settore Alimentare"

16 dicembre 2024 ore 14.30

MODALITA' IN PRESENZA, aula C al Polo Formativo - Padiglione 14 - Ospedale Vecchio IMOLA

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Cell.(facoltativo) _____

E-mail (Obbligatoria) _____

Ruolo professionale _____

Azienda _____

Indirizzo aziendale _____

Ho già partecipato ad corso sulla celiachia per operatori del settore alimentare, con rilascio di un attestato di formazione, organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica : SI NO

Se SI specificare la data riportata nell'attestato di formazione _____

Inviare il modulo al seguente indirizzo e-mail :

formazione.sian@ausl.imola.bo.it entro l'11 Dicembre 2024

Verrete ricontattati, per confermare l'iscrizione al corso.

Data: _____

Firma: _____