



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**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"

GIOVEDI' 18 dicembre 2025 ore 9.30

MODALITA' IN PRESENZA, aula L -Padiglione 4 – Casa della Comunità di 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 il 10 dicembre 2025

Riceverete conferma di avvenuta iscrizione all'indirizzo mail indicato.

Data: _____

Firma: _____