

Al Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Servizio 7 Sicurezza Alimentare
Via Mario Vaccaro, 5
PALERMO

Oggetto: istanza di iscrizione nel registro regionale per la formazione degli alimentaristi, di cui al D.A. n. 275/2018 e smi

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 gli iscritti);

Denominato/a:

con sede legale nel comune di prov.

via/piazza..... n. CAP

Codice Fiscale partita I.V.A.

Sede/i operativa/e nel/i comune/i di prov.

Via/piazza..... n. CAP

PEC

CHIEDE

l'iscrizione nel registro regionale per la formazione degli alimentaristi, di cui al D.A. n. 275/2018 e smi

in modalità Residenziale FAD

A tal fine allega:

- Relazione descrittiva del piano formativo;
- Elenco e curricula del direttore del corso e del personale docente;
- Autocertificazione antimafia;
- Autocertificazione sull'assenza di conflitto di interessi;
- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- Marca da bollo del valore corrente

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679. Finalità del trattamento: il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali di cui sopra saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza è stata presentata.

Data

Firma

Da inviare all'indirizzo PEC:

dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

 sottoscritt_ (nome e cognome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente
a _____ via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

(*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____,
e residente a _____,
in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, in merito alla richiesta relativa al procedimento di Iscrizione nell'elenco regionale per la formazione degli alimentaristi (Reg. CE 852/2004, D.A. n. 275 del 19 febbraio 2018 e smi);

DICHIARA

- che non sussistono relazioni di parentela o affinità tra il sottoscritto, i titolari, gli amministratori, i soci ed i dipendenti ed i dirigenti e i dipendenti del servizio 7- Sicurezza Alimentare- del Dipartimento ASOE deputati alla trattazione dell'atto.
- che sussistono le seguenti relazioni di parentela o affinità:

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679. Finalità del trattamento: il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali di cui sopra saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza è stata presentata.

Il dichiarante

Modalità di presentazione (art. 38 D.p.r. 445/2000)

La presente dichiarazione può essere:

- a) firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
- b) sottoscritta e trasmessa via posta, fax o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Al Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
 Servizio 7 Sicurezza Alimentare
 Via Mario Vaccaro,5
PALERMO

Oggetto: Variazioni sede legale, della ragione sociale, del direttore del corso, della denominazione del soggetto iscritto al Registro Regionale per la formazione degli alimentaristi di cui al D.A 275/2018 e smi

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 gli iscritti);

Denominato/a:
 con sede legale nel comune di prov.
 via/piazza..... n. CAP
 Codice Fiscale partita I.V.A.
 e sede/i operative nel/i comune/i di prov.
 via/piazza..... n. CAP
 PEC

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

COMUNICA

La variazione di seguito specificata:

- Denominazione;
 Nuova denominazione _____
- Ragione sociale;
 Nuova ragione sociale _____
- Sede Legale;
 Nuova sede legale _____
- Direttore del corso;
 Nuovo direttore del corso _____

A tal fine, si allega:

- Autocertificazione antimafia;
- Autocertificazione sull'assenza di conflitto di interessi;
- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679. Finalità del trattamento: il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali di cui sopra saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza è stata presentata.

Data

Firma

Da inviare all'indirizzo PEC:
dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Al Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Servizio 7 Sicurezza Alimentare
Via Mario Vaccaro,5
PALERMO

Oggetto: Voltura del Decreto di iscrizione nel Registro Regionale per la formazione degli
alimentaristi di cui al D.A. n. 275/2018 e smi

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 gli iscritti);

Denominato/a:

con sede legale nel comune di prov.

via/piazza..... n. CAP

Codice Fiscale partita I.V.A.

e sede/i operative nel/i comune/i di prov.

via/piazza..... n. CAP

PEC

CHIEDE

La voltura del Decreto N° _____ del _____ di iscrizione nel Registro
Regionale per la formazione degli alimentaristi al N....., già emesso in favore
di:

A tal fine allega:

- Relazione descrittiva del piano formativo;
- Elenco e curricula del direttore del corso e del personale docente;
- Autocertificazione antimafia;
- Autocertificazione sull'assenza di conflitto di interessi;
- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- Atto notarile o altra documentazione comprovante l'avvenuto subentro;
- Marca da bollo del valore corrente

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679. Finalità del trattamento: il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali di cui sopra saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza è stata presentata.

Data

Firma

Da inviare all'indirizzo PEC:

dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

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

Oggetto: Comunicazione di attivazione di nuovo corso per alimentaristi di cui al D.A. 275/2018 e smi

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 gli iscritti);

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

L'attivazione di un corso in modalità FAD;

Apertura della piattaforma data ____/____/____ chiusura piattaforma ____/____/____

L'attivazione della formazione per alimentaristi in modalità Residenziale:

Sede del corso _____

Comune di prov.

via/piazza..... n. CAP

Date e orario di svolgimento del corso:

Data: _____ dalle _____ alle _____

Data: _____ dalle _____ alle _____

Data: _____ dalle _____ alle _____

Data di svolgimento del test conclusivo ____/____/____ orario: _____

A tal fine, si allega:

- Elenco personale docente;
- Direttore Responsabile del corso;
- Copia della relazione descrittiva;
- Credenziali di accesso riservate al SIAN (se trattasi di modalità FAD).

Data

Firma

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 N. _____ ore
tenutosi

a _____ Dal Al

oppure

in modalità FAD

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
