

**CORSO DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI**  
(Ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 46 del 23 febbraio 2005)

**SCHEDA DI PRENOTAZIONE**

Dati anagrafici del partecipante	Nome e cognome _____
	Data e luogo di nascita _____
	Titolo di studio _____
	Qualifica aziendale _____
	Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

Azienda di appartenenza	Denominazione _____
	Settore _____
	Prodotti/servizi _____
	Indirizzo _____
	CAP _____ Città _____
	Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
	E-mail _____ Sito web _____
N. iscrizione REA alla CCIAA di _____	

**Barrare la scelta che interessa**

- Responsabile ore 12**
- Addetto livello rischio 1 – ore 14** (baristi, fornai ed addetti alla produzione di pizze e similari; addetti alla vendita di alimenti sfusi e generi alimentari escluso ortofrutta; addetti somministrazione/porzionamento pasti in strutture socio-assistenziali e scolastiche)
- Addetto livello di rischio 2 – ore 8** (cuochi, ristorazione collettiva, scolastica, aziendale, ristoranti e affini, pasticciere, gelatieri – produzione, addetti gastronomia – produzione e vendita, addetti produzione pasta fresca, addetti lavorazione latte e formaggi, addetti macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita di carne, pesce e molluschi, addetti produzione ovo prodotti)

Firma \_\_\_\_\_

**Informazione e consenso sulle tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nel dichiararsi autorizzato/a a rilasciare in nome e per conto dell'azienda sopra citata, rilascia il consenso al trattamento dei dati contenuti nella presente scheda da parte della CLAAI e CLAAIform. Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, all'atto del conferimento dei dati, di essere debitamente informato/a per quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03, ivi compresi i diritti che, in relazione al trattamento cui qui espressamente si acconsente, gli/le derivano ai sensi dell'art. 13 della medesima legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_