



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"

16 dicembre 2024 ore 14.30

MODALITA' IN PRESENZA, aula C presso Polo Formativo-Padiglione 14- Ospedale Civile 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 0 NO 0

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 2024**

Verrete ricontattati, per confermare l'iscrizione al corso.

Data: _____

Firma: _____