Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione
"Giovanni Marchitelli"
Via Roma, 22/bis - 66047 VILLA SANTA MARIA (CH) - C.F. 81001840693
Centralino 0872.944422 - Fax 0872-940561
CHRH01000N@istruzione.it – CHRH01000N@pec.istruzione.it –
www.istitutoalberghierovillasantamaria.edu.it

DGR N. 840 del 20/10/2015
Fondo Sviluppo e Coesione delibera Cipe 95/2012
Par FSC Regione Abruzzo

Cup F66J16000420002

I.P.S.S.A.R. "G. Marchitelli"
Prot. 0004716 del 16/05/2022
VII-5 (Uscita)

Agli alunni e alle famiglie
A tutto il personale
Al DSGA
Albo online

COMUNICAZIONE N. 278

Oggetto: Attestati di formazione per alimentaristi.

In seguito ai colloqui intercorsi con il Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti, si comunica che è possibile richiedere L'ATTESTATO DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI A VALIDITA' ILLIMITATA per titolo di studio, ex L.R. 6/2005 e dell'art. 6 D.G.R. 62/2006.

A tal fine si allega il modulo di richiesta specificando che il titolo di studio può essere anche autocertificato ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

Gli alunni che hanno versato la quota per la partecipazione al corso di formazione nell'anno scolastico 2019/2020 (non svolto a causa dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19), possono allegare all'istanza di cui sopra l'attestazione di pagamento eseguita e richiedere rimborso della restante somma (euro 25/00) attraverso l'allegato modello.

La richiesta dell''attestato di formazione per alimentaristi può essere richiesto al SIAN A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti anche dai soggetti residenti al di fuori dell'area di competenza.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Nicandro RAGO
Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D. L.vo n. 39/1993

REGIONE ABRUZZO
A.S.L. LANCIANO-VASTO-CHIETI
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Area Lanciano-Vasto – sian.la@pec.asl2abruzzo.it - Tel. 0872706920

Modulo di richiesta, ai sensi dell'art.210 L.R. n.6/2005 e art.6 D.G.R. 61/2006 per alimentaristi da compilarsi a cura del richiedente.

AL Responsabile del S.I.A.N. - SEDE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. ____

CODICE FISCALE																

recapito telefonico _____ e-mail _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera sempre in base al citato D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

C H I E D E

☐ il **RILASCIO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi a **VALIDITA' ILLIMITATA** per titolo di studio, ex L.R.6/2005 e dell'art.6 D.G.R.61/2006 ed a tal fine **DICHIARA** di essere in possesso del seguente requisito:

- Diploma di:
  - ☐ Scuola Alberghiera (attestato triennale o quinquennale)
  - ☐ Perito Agrario
- Laurea in:
  - ☐ Medicina e Chirurgia
  - ☐ Scienze Biologiche o titolo equipollente
  - ☐ Farmacia o titolo equipollente
  - ☐ Medicina Veterinaria o titolo equipollente
  - ☐ Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro o titolo equipollente
  - ☐ Assistente Sanitario o titolo equipollente
  - ☐ Infermieristica o titolo equipollente
  - ☐ Scienze e Tecnologie Alimentari o titolo equipollente
  - ☐ Dietistica o titolo equipollente
  - ☐ Agraria o titolo equipollente
  - ☐ Scienza e Tecnologia delle Produzioni Alimentari o titolo equipollente

☐ il **RILASCIO/RINNOVO** dell'attestato di Formazione per alimentaristi a **VALIDITA' TRIENNALE** per chi è in possesso dell'Attestato di Frequenza D.G.R. 28/02/2011, n°135.

si allegano:
- ☐ *- n.2 foto formato tessera con firma leggibile sul retro di ognuna;*
- ☐ *- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e CODICE FISCALE;*
- ☐ *- fotocopia del titolo di studio dichiarato;*
- ☐ *- ricevuta del versamento di € 15,00 eseguito sul CCP 2511286 intestato alla ASL 2 Lanciano Vasto Chieti - SIAN;*
- ☐ *- fotocopia fronte/retro della presente domanda compilata in tutte le sue parti.*

Il/La richiedente

Data accettazione _____
SIAN

_____

⇨

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS. 196/2003 e s.m.i.

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003 e s.m.i. ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

- ✓ i dati da Lei dichiarati sanno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- ✓ il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici;
- ✓ i dati non verranno comunicati a terzi;
- ✓ il conferimento dei dati è obbligatorio;
- ✓ la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio dell'attestato di Formazione per Alimentaristi;
- ✓ il responsabile del procedimento è il Responsabile del SIAN, domiciliato per la carica in Via Marco Polo 54, 66054 Vasto (CH);
- ✓ lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., rivolgendosi all'indirizzo specificato.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

DICHIARA di aver ricevuto l'informativa che precede

ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a

_____

REGIONE ABRUZZO
A.S.L. LANCIANO-VASTO-CHIETI
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Area Lanciano-Vasto

SIAN

Lanciano lì _____

Spett.le **Al Direttore del Servizio**
di Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione

Oggetto: Richiesta rimborso

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a_____ e residente a _____

in Via _____ n°_____ Tel._____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara

- ☐ di essere in possesso del titolo di studio_____
- ☐ di essere in possesso dell'attestato alimentaristi rilasciato da un altro ente n°_____
- ☐ di _____

pertanto

CHIEDE

alla S.V. il rimborso di € _____ poiché ha erroneamente versato la somma per l'iscrizione in data _____ al corso di formazione per il rilascio/rinnovo dell'attestato di Alimentarista.

Allega alla presente:

- ricevuta originale del versamento effettuato
- documento di riconoscimento
- codice fiscale
- Codice IBAN

In Fede

_____

Autocertificazione Titolo di Studio

(*ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009*)

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (_____) il giorno ___/___/____ e residente a

_____ (____) in via _____,

Tel _____email: _____,

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data ___/____/_____

presso _____

luogo e data _____

Firma

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

Autocertificazione Titolo di Studio

PER MINORENNI

(*ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009*)

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (_____) il giorno ___/___/____ e residente a

_____ (____) in via _____,

Tel _____email: _____,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutela sul minore:

cognome e nome_____

nato/a a _____ (_____) il giorno ___/___/____

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza, che il proprio figlio/a:

è in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data ___/____/_____

presso _____

luogo e data _____

Firma

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000