



70125 **B A R I** – Viale P. Borsellino e G. Falcone 2 – Tel. 080.8892407 cell. 351/5323967
corsi.cat@confesercentibari.it

Il/La Sottoscritto/a _____ Tel _____ Cell. _____

Nato/a a _____ Prov(____) il _____ e residente a _____

Via/Piazza _____ Codice Fiscale _____ Tip.Azienda _____

C H I E D E

Di essere ammesso/a al corso di formazione obbligatorio per gli operatori dei settori Alimentare e Somministrazione di Alimenti e Bevande in sostituzione del libretto sanitario della durata complessiva di n.4 ore come da L.R. n.22 del 24/07/07 e R.R. n.5 del 15/05/08, organizzato dalla Confesercenti in qualità di associazione di categoria.

Si impegna a versare la quota di partecipazione di Euro 30,00 all'atto della sottoscrizione.

_____,li _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritta, acquisite le informazioni di cui l'art.10 della Legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali per i fini previsti dalla Legge.

DOCUMENTI ALLEGATI:

- fotocopia documento di riconoscimento;
- fotocopia codice fiscale.