



**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 al Polo Formativo - Padiglione 14 - Ospedale 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  NO

Se SI specificare la data riportata nell'attestato di formazione \_\_\_\_\_

Inviare il modulo al seguente indirizzo e-mail :

[formazione.sian@ausl.imola.bo.it](mailto:formazione.sian@ausl.imola.bo.it) entro l'11 Dicembre 2024

*Verrete ricontattati, per confermare l'iscrizione al corso.*

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_