

**Richiesta attivazione corso di formazione/aggiornamento per gli operatori della ristorazione collettiva in relazione alla preparazione, somministrazione e vendita di alimenti per soggetti allergici e/o con intolleranze alimentari con particolare riferimento alla malattia celiaca.  
(Legge 123/05 e DGR Campania 2163/07)**

Al Dipartimento di Prevenzione/SIAN

dell'ASL di

Il sottoscritto

Nato a

il

Codice Fiscale

Residente a

PV ( )

via

Cap

tel

e-mail

Azienda

Indirizzo

**CHIEDE**

**di attivare** il corso di formazione/aggiornamento obbligatorio per il personale addetto.

Inviare il modulo compilato in tutte le sue parti via mail a: [siaen@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:siaen@pec.aslnapoli3sud.it)

Per informazioni: 081/8490157

Luogo e Data

Il Richiedente

---

*Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con gli strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*