

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO D'IDONEITA'  
PER GLI ADDETTI AL SETTORE ALIMENTARE ESENTI DALLA  
PARTECIPAZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE**

(EX ART. 210 DELLA L. R. 6/05, COME MODIFICATA ED INTEGRATA DALLA L. R. 33/05)

Matr. n. \_\_\_\_\_

Al Signor **Responsabile del SIAN**  
**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**Azienda Sanitaria Locale**  
**CHIETI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via/località \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

[ ] Titolare [ ] Gestore [ ] Dipendente della Ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in possesso del seguente titolo di studio (barrare la voce che interessa):

<input type="checkbox"/> DIPLOMA DI SCUOLA ALBEREGHIERA	<input type="checkbox"/> DIPLOMA DI PERITO AGRARIO
LAUREA IN:	
<input type="checkbox"/> MEDICINA E CHIRURGIA	<input type="checkbox"/> SCIENZE BIOLOGICHE O TITOLO EQUIPOLLENTE
<input type="checkbox"/> MEDICINA VETERINARIA	<input type="checkbox"/> TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO O TITOLO EQUIPOLLENTE
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO O TITOLO EQUIPOLLENTE	<input type="checkbox"/> SCIENZE E TECNOLOGIE ALIMENTARI O TITOLO EQUIPOLLENTE
<input type="checkbox"/> INFERMIERISTICA O TITOLO EQUIPOLLENTE	<input type="checkbox"/> AGRARIA O TITOLO EQUIPOLLENTE
<input type="checkbox"/> SCIENZA E TECNOLOGIA DELLE PRODUZIONI ALIMENTARI O TITOLO EQUIPOLLENTE	<input type="checkbox"/> DIETISTICA O TITOLO EQUIPOLLENTE

che esenta dalla frequenza dei corsi di formazione e di aggiornamento, ai sensi di quanto previsto al punto 6 dell'allegato "1" alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 61 del 30.1.2006 (Linee guida per l'applicazione dell'art. 210 della L. R. n. 6/05 e s. m. e i.),

chiede,

il **RILASCIO** dell'attestato di idoneità a svolgere attività inerenti alla produzione, trasformazione, preparazione, somministrazione e vendita di alimenti e bevande.

Allega alla presente:

- > due fotografie formato tessera, di cui una autenticata nei termini di legge;
- > titolo di studio in originale o copia autenticata;
- > attestazione di versamento dei diritti sanitari, pari a € 40,00, a mezzo di c.c.p. n° 71565261 intestato a: **ASL CHIETI - SIAN - Formazione alimentaristi - Serv. Tes.**  
**Via Nicolini, 10 - 66100 Chieti**  
indicando nella causale di versamento: "rilascio attestato per alimentaristi".

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, in accordo con la normativa vigente, acconsente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell'espletamento della pratica in corso.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_