

Allegato 2

Al Direttore ScIAN
ASL Sassari
- S E D E -

Domanda di iscrizione al corso micologia di base per Operatori del settore alimentare/raccoglitori.

Il/la sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____
nato a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ tel. _____
email _____
in qualità di _____ della ditta (eventuale) _____
con sede in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

Di partecipare al “Corso di micologia di base per Operatori del Settore Alimentare/raccoglitori”.

N.B. I candidati dovranno presentarsi presso la sede del corso muniti di valido documento di identità e con l'attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari per “iscrizione e partecipazione corso di formazione” di € 37,50 (Decreto Presidenziale R.A.S. n° 138 del 20 novembre 2024) effettuato tramite PagoPA.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

(luogo e data) _____

Il richiedente _____
(firma per esteso e leggibile)