



Dipartimento di Sanità Pubblica

Sede di _____

**RICHIESTA RILASCIO DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL TITOLO DI STUDIO IN
SOSTITUZIONE DELL'ATTESTATO DI FORMAZIONE PERSONALE ALIMENTARISTA**
(Istanza che può contenere dichiarazioni sostitutive di certificazioni(art. 46 del DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

qualifica _____ telefono N. _____

CHIEDE

il rilascio di "DICHIARAZIONE" -attestante il possesso di titolo di studio, in sostituzione dell'attestato di formazione per il Personale Alimentarista-.
(L.R. n. 11 del 24/06/03 e successivi)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici eventualmente conseguiti, richiamati dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____

presso _____ di _____ nell'anno _____

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Dlgs.196 del 30/06/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o **inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**

_____ (firma)
_____ (luogo, data)

allegati: _____

RISERVATO AUSL PC: : - registrazione documenti presentati:

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: _____ N. _____

RILASCIATO DA: _____ IL _____

ALTRO _____
(SPECIFICARE)

Consegnata dichiarazione il _____ firma per ricevuta _____