

**Al Direttore UOC del SIAN
ASP di Agrigento**

Oggetto: Richiesta di partecipazione al Corso di Formazione per la preparazione di pasti senza glutine

Il /La sottoscritto/a Cognome Nome.....

Nato/a a il.....

Residente in Via N.....

Tel.....Cellulare..... e-mail.....

Qualifica.....

Struttura presso la quale lavora

Sita in Via..... Comune.....

Telefono: e-mail.....

CHIEDE

Di partecipare al Corso di Formazione in oggetto.

..... lì,.....

Firma.....

Il/la sottoscritto/a autorizza per gli effetti del D.Lgs n.196 del 30/06/2003 e s.m.i, il trattamento dei propri dati personali da parte del personale del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'ASP di Agrigento , preposto alla conservazione dei fascicoli e al trattamento degli stessi sia in formato cartaceo che su supporto informatico a fini istituzionali.

Firma.....

Referente ASP di Agrigento per la Celiachia
D.ssa Carmelina Castellana:
Tel.0922-407534 Cell.3491748951
Indirizzi ai quali inviare la domanda:
Fax 0922-407184
E-mail : carmelina.castellana@aspag.it