

Timbro Ente di formazione professionale; Associazione di categoria del settore; Operatori del settore alimentare

Alla c.a. Direttore dell'S.C.I.A.N.
Dr.ssa Cristina Saletti
PEC: dirdsp@pec.ausl.fe.it

Oggetto: Comunicazione di variazione dei nominativi del personale docente e/o del materiale didattico utilizzato per i corsi formazione alimentaristi nell'ambito di applicazione del Regolamento CE 852/2004 (art. 9 delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 311/2019 collegata alla L.R.11/2003)

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Stato di nascita _____ codice fiscale _____
 residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 Via _____ n. _____
 telefono (fisso o cellulare) _____ mail (obbligatorio) _____

Ente/Associazione/Operatori del settore alimentare

COMUNICO

► in qualità di: (barrare una casella)

- titolare
- amministratore/legale rappresentante
- altro (specificare): _____

del sotto riportato

- Ente di formazione professionale;
- Associazione di categoria del settore;
- Operatori del settore alimentare, *solo per il proprio personale alimentarista e se l'azienda risulta essere titolare di RICONOSCIMENTO/REGISTRAZIONE (rilasciata ai sensi del Regolamento CE n. 852/04) o titolare di AUTORIZZAZIONE SANITARIA (rilasciata ai sensi dell'art. 2 L. 283/62 e del DPR 327/80);*

(denominazione) _____

con sede legale in _____

partita I.V.A. | | | | | | | | | | | | | | | |

posta elettronica certificata (obbligatorio) _____

► in riferimento alla vostra lettera di validazione **PG/AUSL n.** _____ **del** _____ di **CORSI di FORMAZIONE DI BASE/AGGIORNAMENTO** effettuati nell'ambito dell'applicazione del Regolamento (CE) n.852/04 Allegato II, capitolo XII al fine del rilascio dell'attestato ai sensi dell'art. 3 L.R 11/03, previsto dalla deliberazione di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 311/19, le seguenti variazioni: (barrare con una crocetta)

A) INSERIMENTO DI NUOVO DOCENTE

COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	C.F	QUALIFICA AZIENDALE DEL DOCENTE (Da compilare solo se il richiedente è un Operatore del settore alimentare)

per ognuno dei quali si allega il Modello 1- Autocertificazione del docente

B) VARIAZIONI APPORTATE AL MATERIALE DIDATTICO:

(elencare sinteticamente le variazioni apportate)

ALLEGRO

▶ copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento del richiedente. Se cittadino extra UE allegare anche permesso di soggiorno in corso di validità;

barrare con una crocetta:

▶ **A) MODELLO 1:** Autocertificazione del nuovo docente, comprensiva del curriculum del personale docente preposto che riporti le esperienze lavorative nel campo della sicurezza alimentare e dichiarazione di presa d'atto dei criteri per la valutazione di compatibilità con quanto previsto dalla L.R. 11/03 e dalla DGR n.311/19 art. 9, nell'ambito degli obblighi formativi previsti ai sensi del Regolamento (CE) n.852/04 – Allegato II, capitolo XII;

▶ **B) COPIA DEL MATERIALE DIDATTICO UTILIZZATO,** nelle parti in cui sono intervenute variazioni

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma *(per esteso e leggibile)* _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 101/2018

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dallo stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Ferrara.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La presente richiesta, una volta compilata e scansionata dovrà essere inviata, con i relativi documenti e allegati, in formato elettronico **ESCLUSIVAMENTE** per Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: dirdsp@pec.ausl.fe.it ai sensi del DPCM 22 luglio 2011 e D.lgs. 82/2005.

ATTENZIONE!

Allegare obbligatoriamente una scansione di un suo documento di identità in corso di validità.

FORMAZIONE ALIMENTARISTI

Modello 1 – Autocertificazione del docente

Io sottoscritto/a (nome) _____ | (cognome) _____
 nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____
 residente a _____ | Prov. _____ | CAP _____
 Via _____ | n. _____
 telefono (fisso o cellulare) _____ mail (obbligatorio) _____

DICHIARO

- ▶ di volere svolgere il corso di formazione/aggiornamento, effettuato ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 – Allegato II, capitolo XII e della DGR n.311/2019
- ▶ di essere in possesso del titolo di studio in :
- ▶ Con esperienze lavorative e formative nel campo della sicurezza alimentare , come precisato nel curriculum vitae allegato;
- ▶ di prendere atto di quanto disposto dalla delibera di Giunta Regionale n. 311/2019, relativamente ai seguenti criteri del corso, necessari alla validazione e al relativo rilascio degli attestati di formazione per alimentaristi:
 - **METODOLOGIA:** Lezioni frontali con consegna di materiale didattico
 - **CONTENUTI:** descrizione dei principali pericoli biologici, fisici, chimici relati alla sicurezza alimentare, malattie trasmesse da alimenti; valutazione del rischio connesso alle diverse fasi del ciclo di produzione degli alimenti con particolare riferimento all'attività svolta dai soggetti interessati; modalità di contaminazione degli alimenti e ruolo dell'alimentarista nella prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti (simulazioni e soluzioni di problemi "sul campo");corretta gestione delle diete speciali per le allergie ed intolleranze alimentari ; igiene personale (procedure di controllo comportamentale); principi di sanificazione degli ambienti e delle attrezzature.
 - **VERIFICA:** una prova di valutazione finale con test a scelta multipla, minimo 12 domande a risposta multipla selezionate a random su 50 disponibili. Chi otterrà un esito negativo alla prova di valutazione scritta (più di 5 risposte non corrette) deve sostenere un colloquio e, in caso di mancato superamento della prova per assenza delle nozioni di base, è tenuto a frequentare un ulteriore corso.

ALLEGO

- ▶ il mio curriculum vitae;
- ▶ il mio documento d'Identità (copia fotostatica fronte/retro);

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 101/2018

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dallo stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di _____

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La presente dichiarazione è parte integrante all'istanza di validazione corso da parte (o per conto) di aziende che operano nel settore alimentare.

Relazione descrittiva delle modalità di gestione e svolgimento del corso
