

Spett. le Azienda USL di Ferrara
Dipartimento di Sanità Pubblica
Via F. Beretta, 7 – 44121 Ferrara

DELEGA PER RITIRO

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il

DELEGA

Il/La Sig./ra
nato/a a il

Al ritiro di:

- Dichiarazione attestante il possesso di titolo di studio, in sostituzione dell'attestato di formazione per il personale alimentarista (L.R. 24 giugno 2003, n. 11)
- Attestato di formazione per il personale alimentarista (L.R. 24 giugno 2003, n. 11)

Data

FIRMA

.....

- N.B.: 1) deve essere allegata fotocopia del documento di identità del delegante
2) il delegato deve presentarsi per il ritiro munito di documento di identità in corso di validità

SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO

Cura il ritiro il/la sig./ra
Identificato/a a mezzo del seguente documento:
.....

Data

FIRMA

.....