

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

OGGETTO: RICHIESTA DI DUPLICATO ATTESTATO DI FORMAZIONE PER IL
PERSONALE ALIMENTARISTA (L.R. 24 GIUGNO 2003, N. 11)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il ____/____/_____
residente a _____ Via _____
Telefono _____ email _____
documento di identificazione _____ n° _____
scadenza il ____/____/____ (allegare fotocopia chiara)

CHIEDE

Il rilascio di un duplicato dell'Attestato di formazione per il personale alimentarista (L.R. 24 giugno 2003, n. 11) non più in mio possesso per la seguente motivazione:

Distinti saluti.

Sono informato che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di trattamento di dati personali) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Data di ritiro _____

Firma _____