



DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
U. O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione
Direttore dott. Giuseppe Cosenza

Allegato A
VERBALE DEL CORSO (compilazione a cura del docente)

Alla c.a. Direttore del UO.I.A.N.
Dr.Giuseppe Cosenza
PEC: dirdsp@pec.ausl.fe.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Il sottoscritto
nato a (.....) il e residente
a (.....)
in via n°.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03* e

D I C H I A R A

**che il giorno/...../..... presso il seguente indirizzo:
ha svolto il corso di:**

- formazione**
- aggiornamento**

come previsto dalla L.R. n.11 del 24/06/2003 e D.G.R. n. 342 del 17/03/04;

- che è stato incaricato, per l'esecuzione del suddetto corso, dalla ditta:
- che il corso è stato validato con lettera AUSL prot.
- che l'identità dei partecipanti è stata verificata attraverso:
 - il controllo di documento d'identità in corso di validità e per i cittadini extra-UE anche del permesso/carta di soggiorno o richiesta di permesso/rinnovo,
 - elenco fornito ufficialmente DALL'UFFICIO PERSONALE della ditta;
- che il numero di partecipanti presenti è stato ed i nominativi, con il relativo superamento o meno del questionario da me somministrato e le relative mansioni lavorative (elencate nell'allegato n.1 della Delibera di Giunta Regionale n. 342/2004) sono elencati nell'**allegato B** (file in .xls e pdf), inviato con il presente verbale, come parte integrante, per posta elettronica a: dirdsp@pec.ausl.fe.it

Gli attestati verranno ritirati direttamente dagli interessati, o da loro delegato, presso l'Azienda USL di Ferrara, Dipartimento di Sanità Pubblica, via F. Beretta n.7 previo accordo.

Luogo e data

Firma leggibile del docente