RegioneEmiliaRomagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

AZIENDA USL di XX

(COORDINATE IDENTIFICATIVE E DI CONTATTO DEL SERVIZIO)

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 e smi e dalla disciplina attuativa)

Luogo n/anno

SU RICHIESTA DELL'INTERESSATO, SI ATTESTA CHE:

Il/la Sig./ra

nato a

il

in base all'art 7 della dalla disciplina attuativa È IN POSSESSO DI SPECIFICO TITOLO DI STUDIO (specificare titolo e data acquisizione)

che soddisfa in modo permanente l'obbligo formativo previsto dalla disciplina attuativa

.

Il responsabile del procedimento
(timbro e firma)

…….

Luogo e data