



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DISTRETTO DI PATTI
TEL.0941 244608 FAX.0941 244608

Prot. N. 663/2011 P.

18 MAG. 2011
Patti.....

OGGETTO: corso di formazione per alimentaristi (D.A.19.02.2007)

**Ai sigg. Sindaci dei Comuni
Del Distretto di Patti**

Si trasmette in allegato la locandina del corso di formazione per alimentarista con relativa scheda di partecipazione, con preghiera di disporre adeguata diffusione.

*Albo
Libro Primes
x sito ecc.*

COMUNE DI LIBRIZZI (ME)
19 MAG 2011
Prot. N. 4578

[Handwritten signature]

**SERVIZIO REGIONALE
DEI SERVIZI REGIONALI**

[Faint handwritten notes]



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DISTRETTO DI PATTI
TEL 0941 244608 FAX 0941 244608

Prot. N.

Patti.....

OGGETTO:

CORSO DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTA

Il Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ambito territoriale di Patti Organizza per i prossimi giorni

Un corso di formazione per alimentaristi ai sensi del Decreto regionale Assessore alla Sanità del 19.02.2007 e succ. modifiche.

Detto corso avrà la durata complessiva di 12 ore ed è destinato a tutti gli operatori del settore alimentare non ancora in possesso dell'attestato obbligatorio per svolgere l'attività di alimentarista.

Per gli operatori interessati al rinnovo dell'attestato ,il corso avrà la durata di 08 ore.

Il corso completo sarà articolato in giorni tre , in orario pomeridiano con inizio alle ore 15.00.

La sede del corso sarà presso l'ex ospedale di via Garibaldi Patti.

Alla fine del corso sarà rilasciato l'attestato di formazione.

Per informazioni ed iscrizione telefonare in segreteria al numero telefonico 0941244608

Si allega, comunque , il modulo d'iscrizione al corso che l'interessato potrà compilare e trasmetterlo al n.fax 0941244608.

**Il Responsabile dell'U.O.
Dott. Giuseppe Pipitò**



SCHEMA D'ISCRIZIONE AL CORSO PER ALIMENTARISTA (D.A.19.02 2007)

IL SOTTOSCRITTO.....
NATO A.....
IL.....
RESIDENTE A.....
VIA.....N.....

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO PER ALIMENTARISTA ORGANIZZATO DAL
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE -DISTRETTO DI PATTI.**

- ()IL SOTTOSCRITTO CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO COMPLETO DI 12 ORE**
- ()IL SOTTOSCRITTO CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO DI RICHIAMO DI 8 ORE**

Data.....

Firma

.....