



Sede del corso BARI -Via V. Bottego,28 - Tel. 339.6160914 mail unicommerciobari@libero.it

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

residente _____ in via _____ n. _____.

telefono/i _____ CF _____

e-mail _____



CHIEDE

di partecipare al Corso: per Responsabili dell'Autocontrollo e al Personale Alimentarista (Capitolo X del D.Lgs.155/97 e DGR 758/2000) **HACCP**,

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 28 della L.04/01/88 n° 15 e successive modificazioni e dal 3 comma del DPR n°403/98 in caso **di** dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- **Di essere in possesso del seguente titolo di studio** _____
- **Di impegnarsi a pagare la quota di partecipazione al corso** corrispondente
- **€ 150,00 (centocinquanta/00) + iva;**
- **Di impegnarsi a saldare la quota entro la 1° lezione dall'inizio del corso,** pena l'esclusione in caso **di** inadempimento;

Firma

Data _____ - _____

INFORMAZIONI GENERALI SUI CORSI:

I corsi D.Lgs.155/97 e DGR 758/2000 -**HACCP** hanno validità su tutto il territorio nazionale.

I corsi sono realizzati sulla base del raggiungimento **di** un numero minimo **di** domande **di** partecipazione e sono comunque a numero chiuso. **La frequenza ai corsi è obbligatoria**