



Modello Autocertificazione

(art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a (*nome*) | (*cognome*)
nato/a il | a | Prov.
residente a | Prov. | CAP
Via | n.

DICHIARO

► che intendo frequentare un corso di formazione e non di aggiornamento, ovvero che richiedo per la prima volta l'attestato alimentaristi ai sensi della L.R. 11/03 e s.m.i.

ALLEGO

► il mio documento d'Identità (copia fotostatica fronte/retro);

SONO CONSAPEVOLE CHE

chiunque rilascia dichiarazioni non veritiere è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa.

data | **firma (per esteso e leggibile)**

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679)

I dati personali conferiti sono trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma. Ulteriore informazioni, comprese le modalità di esercizio dei diritti, sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it – sezione "Privacy".

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La presente dichiarazione è parte integrante all'istanza di iscrizione al corso di formazione alimentaristi ai sensi della L.R. 11/03 e s.m.i. e deve essere presentata il giorno di svolgimento del corso.