

Il Sottoscritto/a (Cognome Nome) .....

Nato a ..... il .....

C.F.: ..... Residente a .....

Via .....

considerate le attuali condizioni di emergenza sanitaria Covid-19

DICHIARA

di essere disponibile a frequentare il corso di:

FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER TITOLARE DI IMPRESE ALIMENTARI E RESPONSABILE DEI PIANI DI  
AUTOCONTROLLO DI ATTIVITA' ALIMENTARI COMPLESSE

dei giorni 01 – 03 – 09 – 10 Marzo 2021

IN MODALITÀ FAD SINCRONA

E che è in grado di disporre della strumentazione tecnologica, software, hardware e connettività, necessaria  
per l'utilizzo e gestione della FAD stessa.

In fede

Siena , .....

Firma

---