

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 ADDETTO AD ATTIVITA' ALIMENTARI COMPLESSE

dei giorni 23 – 30 Settembre 05 Ottobre 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

---

ATT.NE: *allegare documento di identità in corso di validità*