

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 RESPONSABILE DEI PIANI DI
AUTOCONTROLLO ATTIVITÀ ALIMENTARI COMPLESSE

dei giorni 23 – 28 – 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*