

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

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

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

Via .....

Al fine di concorrere il più possibile al contenimento epidemiologico 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 27-28 Luglio 02-04 Agosto 2022

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***