



Regione Puglia
Azienda Unità Sanitaria Locale FG
Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Al Direttore SIAN Area SUD ASL FG

Dr. M. F. Panunzio

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, e residente a
_____ Via _____, N. _____ cell. _____ indirizzo mail

che svolge attività di _____

presso la struttura _____ sita nel Comune di _____ Via
_____ n. _____

CHIEDE

alla S.V. di poter partecipare al Corso di Formazione di 2° livello in materia di Celiachia per gli Operatori del Settore Alimentare che si svolgerà a (indicare la sede) :

- 27/10/14 **TROIA** c/o sede ASL Via San Biagio Troia
Docenti: Dr. U. Lizzi
- 10/11/14 **LUCERA** c/o sede Confcommercio Via V. Veneto 28
Docenti: Dr. Michele Tangi
- 17/11/14 **LUCERA** c/o sede Confcommercio Via V. Veneto 28
Docenti: Dr. V. Di Martino
- 24/11/14 **FOGGIA** c/o sede Confcommercio Via Miranda 10
Docenti: Dr. L. De Michele
- 01/12/14 **FOGGIA** c/o sede Confcommercio Via Miranda 10
Docenti: A. Antoniciello , Dr. G. La Torre
- 15/ 12/14 **CERIGNOLA** c/o Dipartimento di Prevenzione viale G. di Vittorio ,21
Docenti: Dr. G. Romagnuolo

Data _____

FIRMA
