



REGIONE PUGLIA



PLURIFORMATSrl
FORMAZIONE e SICUREZZA



CON.ART
Consorzio Artigiani
del Tavoliere



FORMARE

Corso di abilitazione professionale "Commercio e Somministrazione Alimenti e Bevande"

OGGETTO: Modulo iscrizione al corso di abilitazione professionale per "Commercio e Somministrazione Alimenti e Bevande"

Il/la sottoscritto/a

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
nato/a a	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/> il <input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/> CAP <input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/> n. <input type="text"/>	Tel. / Cell.	<input type="text"/>
e.mail	<input type="text"/>	Cod. Fisc.	<input type="text"/>

CHIEDE

di essere ammesso corso di abilitazione professionale di "Commercio e Somministrazione Alimenti e Bevande".

A tal fine dichiara di essere in possesso di:

Diploma Scuola Superiore (Indicare il tipo di Diploma: es. Diploma di Ragioneria)

Laurea (Indicare il tipo di Laurea: es. Giurisprudenza)

Di essere in possesso della maggiore età

Di avere la cittadinanza italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea

Di godere dei diritti civili

Altro

Contenuti del corso

- Tutela ed informazione del consumatore
- Elementi di legislazione commerciale
- Salute e sicurezza sul lavoro
- Elementi di marketing e gestione aziendale
- Normativa sull'igiene dei prodotti alimentari
- Responsabilità civili, penali ed amministrative
- Normativa per la vendita di bevande alcoliche
- Tecniche di conservazione dei prodotti alimentari
- Tecniche di pulizia e sanificazione

Alla presente allega, dichiarandone l'autenticità, le fotocopie del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale/tessera sanitaria.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, dichiara ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28/12/2000 che quanto riportato nella presente domanda risponde a verità.

Data Firma

Il/La sottoscritto/a in merito ai dati personali riportati nelle seguenti domande e negli allegati, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico da parte di FORMARE per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al D. Lgs. 196/2003 e ferma la sua facoltà di chiedere rettifiche, modifiche e/o cancellazioni dei dati stessi.

Data Firma