

MODULO OSA

Oggetto: richiesta di validazione corsi formazione alimentaristi nell'ambito di applicazione del Regolamento CE 852/2004 (art. 3 e 6 delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 342/2004 collegata alla l.r.11/2003)

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Stato di nascita _____ codice fiscale _____
 residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 Via _____ n. _____
 telefono (fisso o cellulare) _____ mail azienda (obbligatorio) _____

DICHIARO

► in qualità di: *(barrare una casella)*

- titolare
- amministratore/legale rappresentante
- responsabile della qualità

dell'azienda

con sede legale in

partita I.V.A. | | | | | | | | | | | | | | | |

posta elettronica certificata **(obbligatorio)**

prerequisito per la presentazione di richiesta di validazione

- che l'azienda risulta essere titolare di **RICONOSCIMENTO/REGISTRAZIONE** (rilasciata ai sensi del Regolamento CE n. 852/04) o titolare di **AUTORIZZAZIONE SANITARIA** (rilasciata ai sensi dell'art. 2 L. 283/62 e del DPR 327/80);
- che il personale dipendente è adibito a mansioni di livello 1 e/o 2 di cui alla Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 342/04.

CHIEDO

► la validazione del/dei corso/i di:

barrare una casella e scrivere le informazioni richieste

- FORMAZIONE
- AGGIORNAMENTO

per i propri dipendenti, effettuato nell'ambito dell'applicazione del Regolamento (CE) n.852/04 Allegato II, capitolo XII al fine del rilascio dell'attestato ai sensi dell'articolo 3 delle legge regionale 11/03, previsto dalla deliberazione di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 342/04, indicando di seguito:

data di effettuazione del corso:

orario di effettuazione del corso:

sede del/dei corso/i:

docente/i:

durata prevista del/dei corso/i:

- 3 ore (minimo per rilascio)
- 2 ore (minimo per rinnovo/aggiornamento)
-ore

Numero di partecipanti che svolgono le mansioni di cui all'unito **allegato 2**: _____

► Che i contenuti del/dei corso/i, la metodologia didattica e il test di valutazione finale sono quelli indicati all'unito **allegato 1**.

DELEGO

Da compilare esclusivamente se s'intende usufruire di consulenti esterni per l'istruzione della pratica

la ditta/associazione

con seguente indirizzo di posta elettronica certificata

nella persona del/della sig./sig.ra dott./dott.ssa

ad inviare e ricevere dall'AUSL DI FERRARA la documentazione inerente all'istanza di validazione.

ALLEGO

- ▶ copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento del dichiarante (se non sottoscritta direttamente davanti all'operatore incaricato) SE CITTADINO EXTRA UE ALLEGARE ANCHE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA';
- ▶ **allegato 1:** autocertificazione del/dei docenti e dichiarazione di presa d'atto dei criteri per la valutazione di compatibilità con quanto previsto dalla Legge Regionale 11/03 e dalla Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 342/04 art. 3 e 6, nell'ambito degli obblighi formativi previsti ai sensi del Regolamento (CE) n.852/04 – Allegato II, capitolo XII;
- ▶ copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento del/dei docente/i;
- ▶ copia fotostatica del test che verrà utilizzato, dal docente, nella prova finale di apprendimento;
- ▶ curriculum formativo/i del/dei docente/i dal/dai quale/i si evince l'attività e/o eventuali figura/e di responsabilità nella materia in oggetto;
- ▶ **allegato 2:** compilato con i nominativi degli operatori che sosterranno il corso.

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (*per esteso e leggibile*) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Ferrara.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La presente richiesta, una volta compilata e scansata dovrà essere inviata, con i relativi documenti e allegati, in formato elettronico **ESCLUSIVAMENTE** per Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo:

dirdsp@pec.ausl.fe.it

ai sensi del DPCM 22 luglio 2011 e D.lgs. 82/2005.

ATTENZIONE!

Allegare obbligatoriamente una scansione di un suo documento di identità in corso di validità.

FORMAZIONE ALIMENTARISTI

Allegato 1 – autocertificazione del docente

Io sottoscritto/a (*nome*) | (*cognome*)
nato/a il | a | Prov.
residente a | Prov. | CAP
Via | n.
telefono (*fisso o cellulare*)

DICHIARO

▶ di svolgere il corso di formazione/aggiornamento per i dipendenti, effettuato ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 – Allegato II, capitolo XII,

in quanto nominato/a dall'azienda:

▶ di essere in possesso del diploma di laurea in:

barrare UNA casella

- Medicina e Chirurgia
- Biologia
- Farmacia
- Medicina veterinaria
- Tecnico della Prevenzione negli Ambienti di Vita e di lavoro (*o titolo equipollente*)
- Assistente Sanitario (*o titolo equipollente*)
- Scienze Infermieristiche (*o titolo equipollente*)
- Tecnologia Alimentare (*o titolo equipollente*)
- Scienze Nutrizionali (*o titolo equipollente*)
- Dietistica (*o titolo equipollente*)
- Agraria (*o titolo equipollente*)
- Scienze della Produzioni Animali (*o titolo equipollente*)
- Altro titolo di studio con documentato superamento di almeno un esame in discipline attinenti i rischi biologici collegati al consumo di alimenti:*specificare*

conseguita in data: | presso

▶ di avere svolto attività e/o sostenuto responsabilità nella materia, precisata nell'allegato curriculum vitae.

▶ di prendere atto quanto disposto dalla delibera di Giunta Regionale n. 342/2004 (art. 3 e 6), relativamente ai seguenti criteri del corso, necessari alla validazione e al relativo rilascio degli attestati di formazione per alimentaristi:

- **METODOLOGIA:** Lezioni frontali con consegna di materiale didattico
- **DURATA:**

barrare UNA casella

- 3 ore (minimo per rilascio)
- 2 ore (minimo per rinnovo/aggiornamento)
-ore

• **CONTENUTI:** le malattie trasmesse da alimenti, valutazione del rischio connesso alle diverse fasi del ciclo di produzione degli alimenti con particolare riferimento all'attività svolta dai soggetti interessati, modalità di contaminazione degli alimenti e ruolo dell'alimentarista nella prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti (simulazioni e soluzioni di problemi "sul campo"), igiene personale (procedure di controllo comportamentale), igiene e sanificazione degli ambienti e delle attrezzature.

• **VERIFICA:** una prova di valutazione finale con test a scelta multipla, minimo 12 domande (esito negativo con 5 o più errori).

ALLEGO

- ▶ il mio curriculum vitae;
- ▶ il mio documento d'Identità (copia fotostatica fronte/retro);
- ▶ copia del test da utilizzare;

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma *(per esteso e leggibile)*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Ferrara.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La presente dichiarazione è parte integrante all'istanza di validazione corso da parte (o per conto) di aziende che operano nel settore alimentare.

Formazione alimentaristi:
**Allegato 2 – elenco dei partecipanti al corso organizzato da
aziende del settore alimentare come da Reg. (CE) n. 852/04**

N°	Cognome	Nome	Data nascita	Luogo nascita	Livello mansione
1					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
6					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
9					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
10					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
11					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
12					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
13					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
14					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
15					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
16					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
17					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
18					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
19					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
20					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Note:

- il livello di rischio attribuito alle mansioni lavorative è indicato nell'allegato 1 della Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 342/2004 (art. 1);
- la compilazione è a cura della ditta/docente del corso.