

**ALLA**  
**C.A.P.I.M.E.D. NAZIONALE**  
**Sede nazionale Operativa**  
Via Imera n° 189  
92100 – AGRIGENTO – AG ( Fax: 0925545061 )

...l...sottoscritt.....

(tel. n. ....)

Codice fiscale	Partita I.V.A.
----------------	----------------

### **CHIEDE**

di essere ammesso al **corso abilitante per l'Esercizio dell'attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande** che si terrà presso la struttura territoriale CAPIMED , in data e luogo da indicare .

---

A tal fine, con **le formalità dell'autocertificazione**, di cui all'art. 46 D.P.R. 445/2000 e **consapevole della responsabilità penale** cui può andare incontro in caso di falsa attestazione, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

### **DICHIARA**

1.  di essere nato nel comune di ..... (Pr.....) il .....

2.  di essere residente a ..... (Pr.....) cap .....

Via ..... n. ....

3.  di aver assolto agli obblighi scolastici, cioè di aver conseguito.....  
..... nell'anno scolastico ..... presso la scuola  
..... con sede in  
.....

Dichiara, altresì, di essere informato che la frequenza è obbligatoria e che il corso ha una durata di 100 ore.

Data..... Firma.....

**La CAPIMED si riserva comunque di rinviare la data di inizio del corso qualora non ci fosse un numero sufficiente di partecipanti.**

**In alternativa al punto 3 per la dimostrazione dell'assolvimento dell'obbligo scolastico allega:**

il titolo di studio relativo al superamento della scuola dell'obbligo vigente al momento dell'età scolare o la copia autenticata oppure certificato per presa visione dell'originale.

**Allegati:**

Documento di riconoscimento valido .

---

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31 DICEMBRE 1996 N. 675  
(TUTELA DELLE PERSONE E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI  
PERSONALI)**

I dati personali dei candidati e partecipanti alle iniziative realizzate dalla CAPIMED in collaborazione con l'ENTE DI FORMAZIONE CONVENZIONATO vengono:

trattati dalla CAPIMED stessa;

conservati nella sede della CAPIMED– Via Imera 189 – 92100- AGRIGENTO –AG

comunicati a:

1. Enti ed Istituti pubblici e privati che contribuiscono in tutto o in parte al finanziamento delle iniziative (es. Regioni)
2. Enti ed Istituti a fini previdenziali e assicurativi (es. INPS – INAIL – ASL – società assicuratrici).

Si chiede inoltre, l'autorizzazione a comunicare i Vs. dati personali a Imprese private che intendono utilizzare i dati stessi, per l'eventuale inserimento nel proprio organico.

autorizzo

non autorizzo

Firma .....

**Dati per versamento quota iscrizione corso**

**Bonifico C/C Bancario intestato a : CAPIMED – VIA IMERA 189 – 92100 – AGRIGENTO**

**Coordinate bancarie di accredito : IT72J0577283090CC0130006132**

**Causale : anticipo/quota iscrizione corso REC**