



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
AGRIGENTO

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

*Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*

**Viale della Vittoria n. 321 – 92100 Agrigento**

Per la pubblicazione: [www.aspag.it](http://www.aspag.it) (sezione amministrazione trasparente)

Prot. n. 17376 del 18/05/2023

**AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI CELIACHIA RIVOLTO A  
RISTORATORI E ALBERGATORI**

(Legge 4 Luglio 2005 n. 123 “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”)

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, con sede legale in Agrigento, Viale della Vittoria n. 321 rende noto che intende attivare il corso di *Formazione in materia di Celiachia rivolto a ristoratori e albergatori* ai sensi e per gli effetti della *Legge 4 Luglio 2005 n. 123* recante “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”.

Gli interessati dovranno far pervenire entro e non oltre il **31/05/2023** l'istanza di manifestazione di interesse a partecipare al corso redatta secondo l'allegato “Modello A” da inviare tramite mail al seguente indirizzo [dp.amministrazione@aspag.it](mailto:dp.amministrazione@aspag.it).

Resta inteso che il corso verrà attivato esclusivamente al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti e che il presente avviso non impegna in alcun modo l'Asp di Agrigento.

Dirigente Amministrativo  
Dipartimento di  
Prevenzione  
dott. Vincenzo Ripellino

Responsabile U.O.  
Formazione del Personale  
dott.ssa Margherita Vella

Direttore Dipartimento  
Di Prevenzione  
dott. Vittorio Spoto

Direttore ff SIAN  
dott. Ignazio Vella



**Regione Siciliana**  
**Assessorato Salute**



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**

Al Direttore ff del SIAN dell'ASP di Agrigento

***CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI CELIACHIA RIVOLTO A RISTORATORI E  
ALBERGATORI***  
***Legge 4 luglio 2005 n. 123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"***

**SCHEDA RICHIESTA ISCRIZIONE**

Il sottoscritto:      Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ di  
nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ Tel. Lavoro \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Denominazione Struttura di lavoro \_\_\_\_\_  
Tipologia (scuola, RSA, ristorante, bar, stabilimento balneare, gelateria, pizzeria etc.) \_\_\_\_\_  
Ruolo (cuoco, aiuto cuoco, OSS, cameriere etc.) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nei corsi da voi programmati e resto in attesa di vostra comunicazione circa la data di effettuazione.

Ai sensi del d.lgs 196/2003 il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalla legge.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità in corso di validità.

**LA PARTECIPAZIONE AL CORSO È GRATUITA**