

**AZIENDA USL DI MODENA
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA**

**ATTESTATO DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE
ALIMENTARISTA**

(Legge Regionale 24 giugno 2003, n.11)

Il Sig/ la Sig.ra . **EMILIA PICCININI**

Nato/a a **SASSUOLO** Il **21/03/1963**

- ha frequentato e superato con esito favorevole il
- ha superato con esito favorevole la prova finale di apprendimento del

CORSO DI FORMAZIONE

CORSO DI AGGIORNAMENTO

in data **30 Novembre 2009**

organizzato da **Azienda USL di Modena – Dipartimento di Sanità
Pubblica**

- ha superato con esito favorevole la prova teorico-pratica effettuata sul posto
di lavoro dal personale addetto al controllo ufficiale

in data.....

**Ha pertanto soddisfatto l'obbligo formativo previsto dalla DGR 342/04 per
la mansione di**

Livello *2*.....

Il presente attestato è valido fino al mese di *Novembre 2012*

L'operatore del Dipartimento di Sanità Pubblica
(T.d.P. Laura Ferrari)

