**Allegato n. 1 bis FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA**

*PER RICHIEDERE L’APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N. 8/2016, PER LA FORMAZIONE ALIMENTARISTI”DGR N. 28/2012*

*COME MODIFICATO DALLA DPGR N. 153/2012*

|  |
| --- |
| Applicare marca  da bollo da Euro  16,00 |

**Spett.le AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Via SAFFO, 37**

**88900 CROTONE**

**Oggetto : Domanda di approvazione preventiva per istituzione corsi FAD per “alimentaristi” DCA n. 8/2016** Procedura per la richiesta di approvazione di corsi per “alimentaristi” di cui alla DGR 98/2007, DGR 28/2012 come modificato dalla DPGR 153/2012.

Il sottoscritto ( riportare nome cognome, luogo e data di nascita), legale rappresentante della ( riportare denominazione e tipo di società, con sede legale (riportare indirizzo della sede legale), in relazione alla DGR 98/2007, DGR 28/2012 come modificato dalla DPGR 153/2012 ed alla DCA 8/2016

**CHIEDE L’APPROVAZIONE PREVENTIVA DELL’ASP DI CROTONE (DCA 8/2016)**

**Dei seguenti prototipi di corsi** (esclusivamente per i percorsi formativi degli “alimentaristi” previsti all’allegato A della Deliberazione di Giunta Regionale n. 28 del 02.02.2012 in relazione alla DGR n. 98/2007:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione e numerazione corso | Livello di rischio | Categoria omogenea di addetti | Durata in ore |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

1. Delle norme regionali in materia;
2. che la realizzazione dei corsi potrà avvenire solo in seguito all’approvazione da parte dell’ASP di Crotone (DCA 8/2016);
3. che provvederà fornire tutte le informazioni sullo svolgimento dell’attività formativa nonché a comunicare i nominativi dei soggetti formati al termine dei corsi, all’Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA IN DUPLICE COPIA:

* N.\_\_\_\_ progetti, uno per tipo di prototipo di corso (strutturati per livello di rischio e per categoria omogenea di addetti) redatti sulla modulistica predisposta dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria (allegato n. 2).
* Relazione descrittiva.
* Dichiarazione sostitutiva rispetto normative – sottoscritta in originale (allegato n. 3).
* Attestazione di qualifica di Provider accreditato per la FAD dalla Commissione Nazionale per la Formazione continua in Medicina (ECM).
* N.\_\_\_\_ curricula Comitato Scientifico, Direttore, tutor/docenti datati e sottoscritti in originale (allegato n. 5).
* Ricevuta di pagamento dei diritti di istruttoria, punto 6.2.8 allegato A alla DGR 28/2012, pari a euro …….. per un totale di n……….. prototipi di corso.
* Prodotto FAD e password.
* Altro :
* Relazione con specificazioni di cui al punto 12.2.1 lettere a), b), c), d) allegato A alla DGR 28/2012.
* Certificazione di qualità.
* Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro

(Allegare fotocopia documento di identità)