

## CORSO BASE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI (4 ORE)

**OBIETTIVI DEL CORSO:** Fornire ai partecipanti le più recenti conoscenze sulle allergie e le intolleranze alimentari, con particolare riguardo agli aspetti diagnostici e terapeutici, e sfatare falsi miti. Al termine del corso il discente sarà in grado di avere gli strumenti per orientarsi, comprendere e gestire le problematiche relative a tali problematiche facendo chiarezza e offrendo spunti di riflessione su un argomento così discusso.

**CONTENUTI:** Quadro normativo: l'attuale normativa europea relativa agli allergeni alimentari. Le allergie alimentari e le intolleranze alimentari: cosa sono, come riconoscerle e come diagnosticarle. Nozioni base di gestione dietetica. Gli allergeni nascosti. Saper leggere le etichette alimentari: gli alimenti causa di allergie e intolleranze alimentari di cui è obbligatoria la segnalazione. Principi di igiene alimentare finalizzati alla manipolazione sicura degli alimenti. Gli alimenti dietetici per soggetti allergici e intolleranti: dove reperirli e come riconoscerli.

**CHI NON DEVE MANCARE:** Titolari di attività alimentare per la gestione degli obblighi sulle sostanze allergeniche definiti dalla normativa europea e italiana, come anche tutti coloro che sono interessati dall'argomento o sono soggetti ad allergie - intolleranze e desiderano saperne di più.

**DOCENTE:** Personale tecnico con esperienza specifica, laureato (biologia o medicina) e qualificato da Synergica Srl.

### DATI PER LA FATTURAZIONE:

Rag. sociale o Cognome Nome se privato \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Si richiede emissione di fattura:

**REFERENTE:** indicare i riferimenti per l'invio di comunicazioni

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

Tel./Email \_\_\_\_\_

fattura ordinaria con IVA vigente (22%) *Se soggetti*

codice destinatario o PEC \_\_\_\_\_

esente IVA split-payment

Pubb. Amm. (indicare CIG, num. protocollo e cod. univoco ente)

Note \_\_\_\_\_

### CONDIZIONI DI ADESIONE:

- Quota a partecipante comprensivo di attestato e documentazione:

**Corso base - Allergie e intolleranze alimentari (4 ore) - 90,00 € + IVA.**

Nel caso di iscrizione di più partecipanti di una stessa azienda col presente modulo viene effettuata una riduzione del 10% sul secondo iscritto, del 20% sul terzo iscritto, del 30% sul quarto, del 40% sul quinto e del 50% dal sesto iscritto in poi.

### Pagamento tramite bonifico bancario prima dell'inizio su IBAN IT 18 Z 02008 02216 0000 0061 2139

- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato, a chi risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (almeno il 90% delle presenze), un attestato di partecipazione. In caso di smarrimento o di distruzione dell'attestato è possibile richiederne una copia al costo di 5 € + IVA.

- La società si riserva di non attivare i corsi, qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto per ciascun corso o intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo le quote versate. Eventuali rinunce non comunicate per iscritto almeno 5 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso daranno luogo all'addebito dell'intera quota di iscrizione. La sostituzione del partecipante prima dell'inizio del corso è sempre ammessa.

Data \_\_\_\_\_

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

Denominazione  
Azienda / Ente: \_\_\_\_\_

## CORSO BASE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI (4 ORE)

### DATI PARTECIPANTI AL CORSO

Indicare per ogni iscritto data e sede del corso scelto (vedi calendario)

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Profilo professionale _____
Nazionalità _____	Data inizio corso _____ Sede del corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Profilo professionale _____
Nazionalità _____	Data inizio corso _____ Sede del corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Profilo professionale _____
Nazionalità _____	Data inizio corso _____ Sede del corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Profilo professionale _____
Nazionalità _____	Data inizio corso _____ Sede del corso _____

*I dati forniti saranno trattati da Synergica Srl secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy.  
Compilare, firmare e inviare tutte le pagine alla mail:*

**formazione@synergica.net**

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

**Synergica s.r.l.**  
Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543  
[www.synergica.net](http://www.synergica.net)