

**OBIETTIVI DEL CORSO:** Il corso è diretto alla sensibilizzazione e all'informazione sulla tematica della sicurezza alimentare nella filiera produttiva senza glutine.

**CONTENUTI:** Cos'è la celiachia? Perché la dieta del celiaco è l'unica soluzione al suo problema? Cos'è il glutine? Dove si trova? Gli alimenti naturalmente privi di glutine, gli alimenti permessi, a rischio e vietati nella dieta senza glutine. Saper riconoscere i prodotti senza glutine: l'importanza dell'etichettatura. Organizzazione layout cucina e layout produttivo. Basi teoriche procedure di autocontrollo e manuale HACCP. Buone prassi e casi specifici. Obblighi normativi specifici.

**CHI NON DEVE MANCARE:** Corsi per operatori di imprese alimentari che producono e/o somministrano alimenti non confezionati preparati con prodotti privi di glutine, destinati direttamente al consumatore finale (es. ristorazione collettiva, pubblici esercizi, laboratori artigianali, con vendita diretta) e tutti i soggetti anche privati che a diverso titolo desiderino approfondire l'argomento.

**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 - Alimentazione del celiaco (8 ore) - 150,00 € + 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 ALIMENTAZIONE DEL CELIACO (8 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