Modello B)

Al Dirigente del Servizio Sanità Veterinaria e

Sicurezza degli Alimenti

Dipartimento Sanità

Via Conte di Ruvo n. 74 – PESCARA

[dpf011@regione.abruzzo.it](mailto:dpf011@regione.abruzzo.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

di aver diritto a mantenere l’inserimento nell’Elenco regionale degli Auditor, nella Sezione:

* “A” – riservata ad Auditor per gli audit dell'Autorità regionale (interni) (ACR) e verso le Autorità competenti territoriali (ACT) nonché le O.S.A.
* “B” – riservata a Auditor per audit interni del Sistema Gestione della Qualità (SGQ) ,territoriale ASL (ACT), auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi (OSA).

All’uopo,

**ALLEGA**

copia dell’attestato o autodichiarazione di aver eseguito, in qualità di Auditor qualificato iscritto nell’elenco regionale:

* per la Sezione “A”:

1. almeno n. 2 audit nel triennio verso le Autorità competenti territoriali abruzzesi per OSA:
2. formazione/aggiornamento sulle tematiche relative ai controlli ufficiali per almeno 12 ore negli ultimi tre anni, su eventi riconosciuti dal Ministero/Regione.

* per la Sezione “B”:

1. almeno n. 3 audit nel triennio verso OSA abruzzesi;
2. formazione/aggiornamento sulle tematiche relative ai controlli ufficiali per almeno 24 ore negli ultimi tre anni, su eventi riconosciuti dal Ministero/Regione.

E’ informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo n. 196/2003.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

**Allega: Copia documento d’identità personale in corso di validità.**