

DICHIARA

REQUISITI PROFESSIONALI

- Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

COMMERCIO ALIMENTARE IN SEDE FISSA D.Lgs.114/98, ART. 5, c 5 2.3

di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare
nome dell'istituto _____
sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____

di aver esercitato in proprio l'attività dei prodotti alimentari tipo di attività _____
n° iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____
n° REA _____ dal _____ al _____

di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
nome impresa _____
sede impresa _____

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
nome impresa _____
sede impresa _____

di aver conseguito le prescritte abilitazioni alla vendita (laddove necessarie)
prova superata in data _____
presso _____

SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE - L.R. 30/03, art. 6 2.4

aver frequentato con esito positivo il corso professionale per la somministrazione di alimenti e bevande riconosciuto dalla Regione _____
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____

di essere in possesso di diploma di scuola alberghiera o titolo equivalente
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____

di essere stato iscritto, nel quinquennio anteriore l'entrata in vigore della l.e. 30/03 al REC per la somministrazione di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____
al N° _____ in data _____

di avere prestato la propria opera, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o come coadiutore familiare

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____
nome impresa _____
sede impresa _____

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____
nome impresa _____
sede impresa _____

Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____