



Gerencia del  
Área de Salud de  
Navalmoral de la Mata  
DIRECCIÓN DE SALUD.

**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Consumo

## **SOLICITUD DE CURSO DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS**

### **DATOS SOLICITANTE:**

**D/Dña:**

**D.N.I.:**

**Domicilio:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**Teléfono de contacto:**

### **SOLICITA:**

**Sea admitido al próximo curso que se organice dentro del la Zona Básica de Salud.**

**MANIPULADOR DE ALIMENTOS.**

**MANIPULADOR DE MAYOR RIESGO.**

**ACTIVIDAD QUE REALIZA:**

**(márquese lo que proceda)**

**En                    a                    de**

**,**

**Fdo.:**

**A/A DIRECTOR DE SALUD DEL ÁREA DE  
SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA.**