



**Struttura Complessa: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Direttore: Prof.ssa Aglaia Vignoli

Numero di telefono: **02 6444.26.44**

Fax: **02 6444.3594**

Mail: [riabilitazionequestre@ospedaleniguarda.it](mailto:riabilitazionequestre@ospedaleniguarda.it)

[www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)

## ***Richiesta di partecipazione***

COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI E INVIARE INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA A :

**[segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it](mailto:segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it)  
entro il 05/04/2023**

### **CORSO BASE PER IL COADIUTORE DEL CAVALLO**

**Milano, dal 18 Aprile al 24 Giugno 2023**

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ . via \_\_\_\_\_ . n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Attualmente impiegato  si  no

Professione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Documento d'identità n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ scad \_\_\_\_\_

Esperienze pregresse in IAA  si  no

specificare \_\_\_\_\_

Esperienze pregresse con il cavallo  si  no

specificare \_\_\_\_\_

**Informativa e consenso ai sensi del D. Lg. 196 del 30/06/2003**

In relazione all'informativa sopra citata, esprimo il consenso al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione in Italia e all'estero dei dati che mi riguardano da parte dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Cà Granda" per le finalità istituzionali nonché la fruizione di prestazioni o servizi aggiuntivi, anche per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili di cui all'art. 22 della legge.

Letta la presente nota informativa, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Inoltre, lo scrivente dichiara** che quanto contenuto nella documentazione allegata alla presente dichiarazione è corrispondente al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Alla presente scheda di iscrizione dovrà essere allegata:**

1. **Attestato partecipazione Corso Propedeutico, rilasciato da un ente accreditato a livello regionale secondo le disposizioni delle Linee Guida Nazionali per gli IAA**
2. **copia Carta d'Identità e Codice Fiscale**
3. **Breve curriculum**

**CONFERMA DI ISCRIZIONE:**

**Il solo invio della scheda non comporta l'iscrizione al corso.**

L'accoglimento della richiesta sarà confermata via mail da parte della segreteria organizzativa, a seguito della verifica di congruità dei titoli e in base all'ordine di ricezione delle domande.

I richiedenti ammessi riceveranno conferma via mail, riportante le informazioni per la formalizzazione dell'iscrizione, subordinata al versamento della quota.

**La quota d'iscrizione è da versarsi solo previa conferma da parte della segreteria**