

**MODULO PRE ISCRIZIONE**da trasmettere a [info@killia.it](mailto:info@killia.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER ESSERE AMMESSO ALLA FREQUENZA DEL CORSO AUTOFINANZIATO****BASE per RESPONSABILE DI PROGETTO E REFERENTE DI INTERVENTO TAA/EAA IN IAA – 48 ore****PROGETTAZIONE E SUPERVISIONE DEGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI ADA n.9999347**

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE:** DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PROPEDEUTICO IN IAA: CONSEGUITO IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_ DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AD UN PERCORSO FORMATIVO PREGRESSO IL CUI PROGRAMMA PREVEDA ALMENO I CONTENUTI DEL CORSO PROPEDEUTICO, RILASCIATO SECONDO NORMATIVA VIGENTE, ENTRO IL 25 MARZO 2019

CONSEGUITO IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

 DI ESSERE IN POSSESSO DI ESPERIENZA E COMPETENZA DOCUMENTATA DI ALMENO 2 ANNI SPECIFICA NEL RUOLO RICOPERTO ALL'INTERNO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE, CERTIFICATA SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE, ENTRO IL 25 MARZO 2019 DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE ATTESTATO DI IDONEITA' SECONDO LE LINEE GUIDA NAZIONALI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CONSEGUITO IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

• DI AVERE LA MAGGIORE ETÀ

• DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

 MEDICO SPECIALISTA O UNO PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA. FIGURA PROFESSIONALE DELL'AREA SANITARIA DI CUI AL D.I. 19/02/2009 O APPARTENENTE ALLE PROFESSIONI SANITARIE (EX LEGGE 43/2006 E D.M. 29/03/2001). PEDAGOGISTA, EDUCATORE PROFESSIONALE, PSICOLOGO. FIGURA PROFESSIONALE IN POSSESSO DI DIPLOMA DI LAUREA TRIENNALE (O TITOLO EQUIPOLLENTE) IN AMBITO SOCIO SANITARIO, PSICOLOGICO O EDUCATIVO

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ CONSEGUITO IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

• **DI ALLEGARE ALLA PRESENTE LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER UNA VALUTAZIONE DEL COMITATO SCIENTIFICO IN MERITO ALLA MIA ESPERIENZA FORMATIVA E LAVORATIVA IN IAA (CV IN FORMATO EUROPEO, ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE e L'ALLEGATO RELATIVO ALLA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO FORMAZIONE PREGRESSA)**

**COSTI:** IL COSTO COMPLESSIVO DEL CORSO AMMONTA A EURO 650,00 (SEICENTOCINQUANTA,00) SUDDIVISO IN DUE RATE (LE MODALITA' DI PAGAMENTO VERRANNO SPECIFICATE NEL FILE D'ISCRIZIONE). ALLA FINE DEL CORSO VERRA' EFFETTUATO UN ESAME FINALE DI **CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE** DEL COSTO DI EURO 30,00 (TRENTA,00).

**SEDE E DATE:** IL CORSO SI TERRA' PRESSO IL CENTRO DIURNO SOCIO SANITARIO "DON ORIONE", VIA CUSTOZA, 21- SELARGIUS, IL SABATO e LA DOMENICA (LE DATE PRECISE VERRANNO COMUNICATE SUCCESSIVAMENTE)

Privacy: Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy e dal Regolamento UE n. 2016/679, si informa il contraente che i dati personali volontariamente forniti all'atto di compilazione del presente modulo saranno oggetto di trattamento unicamente per finalità connesse all'erogazione del servizio e ai fini esclusivamente formativi, scientifici, divulgativi, promozionali da parte della nostra società, o nostri collaboratori.

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza la comunicazione dei dati personali a Killia e/o ai soggetti a cui lo stesso deve rivolgersi.

 acconsento  non acconsento

Dichiara inoltre di prestare il proprio specifico consenso scritto al trattamento dei dati per le ulteriori finalità di marketing quali l'invio - anche tramite e-mail di materiale avente contenuto informativo e/o promozionale in relazione a prodotti o servizi forniti e/o promossi dal Titolare o da suoi partner commerciali.

 acconsento  non acconsento

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_