

Struttura Complessa: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Direttore: Dr Aglaia Vignoli

Numero di telefono 1: **02 6444.26.44**

Numero di telefono 2: **02 6444.3639**

Fax: **02 6444.3594**

Mail: riabilitazionequestre@ospedaleniguarda.it

www.ospedaleniguarda.it

Richiesta di partecipazione

COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI E INVIARE INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA A :
segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it
entro il 06.03.2024

CORSO AVANZATO IN INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

Milano, 18 Aprile -12 Luglio 2024

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ via _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ mail _____

Titolo di studio _____

- Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'universita
- Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università
- Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento o laurea specialistica nuovo ordinamento)
- Laurea triennale (nuovo ordinamento)
- Specializzazione post laurea (specialistica)

Professione _____

Ente di appartenenza _____

Documento d'identità n° _____ Rilasciato da _____ scad _____

Esperienze pregresse in IAA si no Esperienze pregresse con il cavallo si no

Specificare _____

Per quale ruolo si partecipa al corso (possibile barrare più caselle, in base al titolo di studio):

- responsabile di progetto TAA** (*medici e psicologi-psicoterapeuti*)
- responsabile di progetto EAA** (*psicologi specializzati e educatori professionali*)
- referente d'intervento TAA** (*professionisti sanitari, medici e psicologi specializzati*)
- referente d'intervento EAA** (*educatori professionali, psicologi, professionisti sanitari*)
- coadiutore del cavallo**

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** Copia dell'attestato partecipazione al/ai Corso Base, rilasciato da un ente accreditato a livello regionale secondo le disposizioni delle Linee Guida Nazionali per gli IAA
- 2** Copia del Titolo di studio previsto per le specifiche professionalità
- 3** Copia Carta d'Identità e Codice Fiscale
- 4** 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, con la delibera del Comitato Scientifico.

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 di ammissione da parte della segreteria