



REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

## Scheda d'iscrizione **Corso Coadiutore del Cavallo e dell'Asino**

Da stampare ed inviare telematicamente all'indirizzo

**[www.https://www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-del-cavallo-e-asino/](https://www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-del-cavallo-e-asino/)**  
allegando una copia di un Documento d'Identità in corso di validità e la ricevuta del pagamento.

---

Con la presente, si conferma la partecipazione al corso in oggetto per il seguente partecipante:

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

Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

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

---

Verso la quota d'iscrizione **(NON RIMBORSABILE IN CASO DI RINUNCIA)** di:

850,00 € (IVA inclusa)

Intestare il bonifico bancario a **Equitando Onlus**, IBAN: **IT 54 D 02008 16506 000300742847**

Si prega di allegare copia della ricevuta.

# Dati di fatturazione

(si prega di compilare in **STAMPATELLO**)

Intestazione: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

P. IVA: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Condizioni di Partecipazione

- 1) La disdetta di partecipazione al corso dovrà essere effettuata con almeno **10 giorni di anticipo** rispetto alla data di inizio del corso stesso. L'iscrizione sarà ritenuta valida per la partecipazione ad una successiva edizione del corso.
- 2) Per esigenze organizzative, la Segreteria si riserva di poter modificare le date e/o gli orari degli incontri. Il partecipante sarà in questo caso informato dell'eventuale cambiamento con almeno **5 giorni di anticipo** rispetto all'inizio del percorso formativo.
- 3) Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D. L. sulla privacy 196/2003, si informa il contraente che i dati personali volontariamente forniti all'atto di compilazione del presente Modulo di Partecipazione, saranno oggetto di trattamento, anche mediante l'utilizzo di procedure informatiche e telematiche unicamente per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

**Autorizzo**

**Non autorizzo**

4) con la presente, a titolo di liberatoria, **Equitando Onlus** ad utilizzare e pubblicare tutte le fotografie, le registrazioni audio e video che saranno fatte durante il corso e accetto le condizioni generali di partecipazione.

5) Accetto le condizioni generali del corso.

Luogo ..... Data ..... Firma .....

*A norma degli articoli 1341 e 1342 del c.c. dichiaro di aver preso conoscenza di tutti i punti per presente contratto ed approvare specificatamente le clausole 1,2,3,4,5 sopra riportate.*

Luogo ..... Data ..... Firma .....

La gestione Amministrativa è tenuta presso "**EQUITANDO Onlus**",  
in Salita Fosse, SNC - 98168 Messina (ME)



**REGIONE SICILIANA**  
**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservazione Epidemiologica