



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

Scheda d'iscrizione **Corso Coadiutore dell'Asino**

Da stampare ed inviare telematicamente all'indirizzo
[www.https://www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-dell-asino/](https://www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-dell-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