



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

## Scheda di adesione all'associazione e di partecipazione al **Corso per Coadiutore del Cavallo I.A.A.**

Da stampare ed inviare telematicamente all'indirizzo  
**[www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-del-cavallo/](http://www.equitandoonlus.it/corsi-iaa/corso-per-coadiutore-del-cavallo/)**  
allegando una copia di un Documento d'Identità in corso di validità e la ricevuta del versamento.

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, quota ordinaria e quota straordinaria come da delibera del Consiglio Direttivo di:

☐ **Soluzione unica (850,00€)**

☐ **2 rate (425,00€ all'iscrizione e 425,00€ prima della chiusura delle attività formative)**

**LE QUOTE NON SARANNO RIMBORSABILI**

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

Si prega di allegare copia della ricevuta.

# La ricevuta sarà rilasciata come da domanda di iscrizione

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

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

Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Tutte le attività del centro sono disciplinate dal regolamento. Per le attività formative si dovrà rispettare quanto segue:

- 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, non rimborsabile, sarà ritenuta valida per la partecipazione ad una successiva edizione del corso.
- 2) Per esigenze organizzative, la Segreteria si riserva di poter modificare la sede, 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) Il corso sarà organizzato nel rispetto delle misure attuative necessarie per il contenimento della diffusione del virus Covid-19. L'associazione non si assume alcuna responsabilità per eventuali danni derivanti agli iscritti per la mancata effettuazione o interruzione del corso imputabile al maltempo, scioperi o qualsiasi altra causa non dipendente dalla propria volontà.
- 4) L'associazione **CRE ANIRE Equitando Salute e Sport ETS** ha stipulato una polizza RC per i partecipanti i quali verranno anche tesserati. Rimangono esclusi i danni provocati dai partecipanti ad altri partecipanti.
- 5) 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**

6) con la presente, a titolo di liberatoria, **CRE ANIRE Equitando Salute e Sport ETS** 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.

7) 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 1,2,3,4,5,6 sopra riportate.*

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

La gestione Amministrativa è tenuta presso "**CRE ANIRE Equitando Salute e Sport ETS**",  
in Salita Fosse, SNC - 98168 Messina (ME)



**REGIONE SICILIANA**  
**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento per la Sanità pubblica e l'Infermeria Specialistica