

Struttura Complessa: **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Direttore: Prof.ssa Aglaia Vignoli

Numero di telefono: **02 6444.3639**

Fax: **02 6444.3594**

Mail: [segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it](mailto:segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it)

## ***Richiesta di partecipazione***

COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI E INVIARE INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA A :  
**[segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it](mailto:segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it)**  
entro il **10.09.2025**

### **CORSO BASE PER RESPONSABILI DI PROGETTO E REFERENTI DI INTERVENTO TAA/EAA**

**Milano, dal 6 al 10 ottobre 2025**

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

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadnanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Documento d'identità n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ scad \_\_\_\_\_

Titolo di studio: (specificare) \_\_\_\_\_

- Diploma di maturità o scuola media superiore
- Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
- Diploma universitario, Laurea di base o altri titoli equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio)
- Master post laurea di base
- Laurea specialistica
- Diploma post-laurea (master, dottorato, specializzazione)
- Altro

Professione: (specificare) \_\_\_\_\_ ente di appartenenza \_\_\_\_\_

- In cerca di prima occupazione
- Occupato (compresa occupazione saltuaria/atipica e CIG)
- Disoccupato in cerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- Studente
- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirata/o dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva/civile, altro)
- Pensionata/o

**Per quale ruolo si partecipa al corso:**

- referente d'intervento TAA**
- referente di intervento EAA**
- responsabile di progetto TAA**
- responsabile di progetto EAA**

**Esperienze pregresse in IAA** SI NO

specificare \_\_\_\_\_

**Esperienze pregresse con il cavallo** SI NO

**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'ASST GOM Niguarda 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. **Attestato partecipazione Corso Propedeutico, rilasciato da un ente accreditato a livello regionale secondo le disposizioni delle Linee Guida Nazionali per gli IAA**
2. **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 e in base all'ordine di ricezione delle domande.

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 dopo conferma da parte della segreteria**