

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

Richiesta di partecipazione

COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI E INVIARE INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA A :
segreteria.riabilitazione.equestre@ospedaleniguarda.it
entro il 27.04.2025

CORSO BASE PER COADIUTORE DEL CAVALLO

Milano, dal 20 Maggio al 21 Giugno 2025

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

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

Esperienze pregresse in IAA SI NO

Esperienze pregresse con il cavallo SI NO

specificare _____

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. Copia Carta d'Identità**
- 3. 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 previa conferma da parte della segreteria