

Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute
Politiche socio-sanitarie
Settore n. 10 "Sanità veterinaria"
PEC *veterinaria.salute@pec.regione.calabria.it*

Oggetto: Istanza di autorizzazione all'erogazione di corsi di formazione in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA).

Il sottoscritto (nome e cognome) _____
Nato a _____
Provincia di _____
Residente a _____
Indirizzo _____
in qualità di legale rappresentante dell'Ente di formazione
Denominazione _____
CF/Partita IVA _____
Sede legale _____
Indirizzo _____
Telefono _____
Mail _____
PEC _____
Sede operativa _____
Indirizzo _____

Ai sensi degli *articoli 46 e 47, DPR n. 445/2000* sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli *artt. 75 e 76, DPR n. 445/2000* con espresso riferimento all'impresa che rappresenta

CHIEDE

l'autorizzazione ad erogare corsi di formazione in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA).

A tale scopo **dichiara:**

- di essere a conoscenza di tutta la normativa relativa alla gestione dei corsi di formazione professionale e di impegnarsi al rispetto della stessa;

- che le aule previste per lo svolgimento dei corsi rispondono alla normativa sull'accREDITAMENTO, anche relativamente al parametro spazio/allievo di 2 mq;
- che la segreteria scientifica è così composta (allegare *curriculum vitae* dei componenti)

- di impegnarsi affinché i programmi dei corsi siano conformi ai contenuti delle Linee guida nazionali per gli IAA e del *Vademecum* ministeriale in tema di IAA;
- che per la parte pratica dei corsi ed il tirocinio obbligatorio si avvale della collaborazione di un Centro specializzato in TAA/EAA o di Struttura non specializzata disponibile ad accogliere gli allievi;
- di consentire a funzionari della Regione Calabria o delegati l'accesso ai locali e alla documentazione inerente i corsi e la valutazione della formazione ed esperienza pregressa degli allievi;
- di essere consapevole che l'autorizzazione richiesta, ove concessa, ha validità per un periodo di tre anni, al termine del quale è necessario richiederne il rinnovo;
- di essere consapevole ed accettare che i dati anagrafici dell'ente siano pubblicati sul portale della Regione Calabria.

Alla presente domanda si allega la seguente documentazione:

- a) copia del provvedimento di AccredITAMENTO presso la Regione Calabria o di accredITAMENTO come provider ECM;
- b) *curricula* dei componenti la Segreteria scientifica;
- c) certificato di idoneità igienico-sanitaria della ASP;
- d) dichiarazione di collaborazione di un Centro specializzato in TAA/EAA o di Struttura non specializzata;
- e) documento di identità valido.

Data _____

Firma _____
