



**REGIONE CALABRIA**  
**Dipartimento Tutela della Salute**  
**Servizi Socio-sanitari**

**Settore n. 10**  
**Sanità Veterinaria**



Nome e Logo  
dell'Ente di Formazione

**CORSO AUTORIZZATO**  
**IN MATERIA DI INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI (IAA)**

**ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE**

**Si attesta che**

Il sig/la sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
ha frequentato con profitto il Corso \_\_\_\_\_  
di ore \_\_\_\_\_  
e in data \_\_\_\_\_

ha superato la verifica di apprendimento.

Il Corso è conforme alle Linee Guida approvate con Accordo CSR del 25 marzo 2015.

Luogo e data del rilascio

\_\_\_\_\_

**Il Presidente della Commissione**

\_\_\_\_\_

**Il Legale rappresentante dell'Ente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_