



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

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



Nome e Logo  
dell'Ente di Formazione

**ATTESTATO DI ISCRIZIONE**  
**AL REGISTRO AZIENDALE DELLE FIGURE PROFESSIONALI**  
**E DEGLI OPERATORI ABILITATI AD EROGARE**  
**INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI (IAA)**

**Si attesta che**

Il/la Sig./sig.ra \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

È stato/a inserito/a nel Registro aziendale delle Figure professionali e degli operatori abilitati ad erogare Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) col numero progressivo: \_\_\_\_\_

Quale (\*) \_\_\_\_\_

**Luogo e data del rilascio**

\_\_\_\_\_

**Timbro e firma dell'Autorità competente**

**(\*)**

- Responsabile di progetto Terapia Assistita con Animali (TAA)
- Responsabile di progetto Educazione Assistita con Animali (EAA)
- Referente di intervento TAA
- Referente di intervento EAA
- Medico veterinario esperto in IAA
- Coadiutore del cane
- Coadiutore di cane, gatto e coniglio
- Coadiutore del cavallo
- Coadiutore dell'asino
- Responsabile di attività in Attività Assistita con Animali (AAA)

\_\_\_\_\_