

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

**Oggetto: Dichiarazione di collaborazione.**

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante del Centro specializzato in TAA/EAA o di Struttura non specializzata  
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

**DICHIARA**

di assicurare la propria collaborazione all'Ente di formazione

rendendosi disponibile ad ospitare gli allievi dei corsi di formazione **in materia di Interventi Assistiti con Animali (IAA) nella propria sede al fine di garantire l'acquisizione delle necessarie competenze pratiche.**

Si allega documento di identità valido.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---