



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute
Servizi Socio-sanitari

Settore n. 10
Sanità Veterinaria



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
