



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 IDONEITÀ

Si attesta che

Il sig/la sig.ra (nome e cognome) _____
nato/a a _____
il _____

HA SUPERATO L'ESAME FINALE DEL CORSO AVANZATO

_____ di ore _____
per (figura professionale) _____
e in data _____ **HA SUPERATO LA VERIFICA DI APPRENDIMENTO.**

Il Corso è conforme alle Linee Guida approvate con Accordo CSR del 25 marzo 2015 e abilita all'esercizio delle attività connesse al relativo percorso formativo su tutto il territorio nazionale.

Luogo e data del rilascio

Il Presidente della Commissione

Il Legale rappresentante dell'Ente
