



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 - 91100 TRAPANI
TEL. (0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

A.S.P. TRAPANI
- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA
- U.O.S. FORMAZIONE

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani
Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

OGGETTO: DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE "RANDAGISMO ED ANIMALI D'AFFEZIONE" (L. QUADRO 281/91 – D.A. 13/12/2007 art.3, punto 6 – D.A. 28/12/2018, Azione 7 – DELIBERAZIONE G.R. N. 468 DEL 19/11/2018) - CITADELLA DELLA SALUTE – (TRAPANI) - 21-23-25-28 SETTEMBRE 2020

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

chiede

di poter essere iscritto al corso di formazione "Randagismo ed animali d'affezione".

A tal proposito, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, dichiara:

- 1) di essere nato a _____ (Prov. _____) il _____
- 2) di essere residente in _____ Via _____
Cellulare _____ email _____
- 3) Codice Fiscale _____
- 4) di essere:
 - in servizio presso il Comune di _____
con la qualifica _____
 - Allevatore
 - Volontario
 - Iscritto Associazione (nome Associazione _____)

Si allega copia di valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto, previa comunicazione di ammissione al corso, si impegna ad effettuare il versamento pari ad € 30,00 su c/c postale n. 181917 intestato a "A.S.P. Trapani – Servizio Tesoreria" recante la causale "Partecipazione corso di formazione sul Randagismo" o tramite bonifico bancario (codice IBAN IT31076011640000000181917) e di trasmettere copia della ricevuta dello stesso all'Ufficio Aree Territoriali di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche dell'ASP di Trapani sito in Mazara del Vallo - Via Lungomare San Vito n. 167 (siapz.marsalamazara@asptrapani.it).

Il sottoscritto dichiara ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del GDPR 679/2016 di essere informato che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____