



Castronno, 20 Marzo 2014

Ai Sigg.ri  
IN INDIRIZZO

Prot. n.365/I10/mc

Oggetto: Corso per Guardiani e Conducenti

Siamo lieti di comunicare che la scrivente Associazione in collaborazione con la Co.F.A.Zo. e l'Azienda Sanitaria Locale di Varese intende organizzare, un **corso di formazione per Conducenti e Guardiani del Trasporto di Animali Vivi (validità 10 anni)** presso la sede della scrivente nel prossimo **mese di Maggio nei giorni 5-6-7**, durata del corso 12 ore suddivise in tre lezioni da 4 ore ciascuna dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (**con obbligo di frequenza**). Gli allevatori interessati a partecipare dovranno far pervenire l'allegato modulo di adesione debitamente compilato e firmato entro il **18 Aprile p.v.**

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà avvenire come di seguito specificato:  
**NON SOCI APA: € 169.40**(importo ivato) tramite bonifico a favore di CO.FA.ZO Soc. Coop. Via Volta, 53/F 22036 Erba Banca Popolare di Bergamo – Fil. Erba IBAN IT08 P 05428 51270 000000003083 (allegare al modulo di adesione copia dell'avvenuto bonifico con n° di CRO)  
**SOCI APA: Costo € 90.00** Il pagamento potrà essere effettuato il primo giorno del corso presso la sede APA.

**Le adesioni saranno accettate fino ad esaurimento posti, con priorità di data iscrizione.**

Si ricorda ai partecipanti di portare una marca da bollo da €16- che verrà apposta sul patentino rilasciato da parte dell'asl., previo esito positivo del test finale.

E' gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

IL DIRETTORE  
(Dr. Giuseppe Invernizzi)

.....  
Spett./le Co.F.A.Zo. e A.P.A. V.le Lombardia, 46 21040 CASTRONNO -VA-

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale .....

è interessato a partecipare al corso per **Conducenti e Guardiani del Trasporto di animali Vivi:**

Intestazione fattura (se diversa dai dati personali): Rag. Soc. Azienda \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

P.IVA/COD. FISC. \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

APA VARESE Tel. 0332-893636 – Fax 0332-893637 e-mail: segreteria@apavarese.191.it