



Castronno, 14 Luglio 2014

Ai Sigg.ri
IN INDIRIZZO

Prot. n.880/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 in Viale Lombardia, 46 a Castronno (VA) nei giorni **20-21-22 Ottobre p.v.**, 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 **15 Settembre 2014**.

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà avvenire come di seguito specificato:
NON SOCIAPA: € 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**)
SOCIAPA: 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 € 16,00 che verrà apposta sul patentino 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. VARESE

Il sottoscritto _____ Nato il _____

a _____ Naz. _____ residente a _____

CAP _____ Via _____ n° _____ Tel. _____ mail: _____

P.Iva _____ 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. Fiscale _____

DATA _____ FIRMA _____

APA VARESE Tel. 0332-893636 – Fax 0332-893637 mail:info@apavarese.it