



**Suolo e Salute**  
ORGANISMO DI CONTROLLO E CERTIFICAZIONE

[www.suoloesalute.it](http://www.suoloesalute.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE



**Sede Legale**

Via Cairoli 1, 40121 Bologna (BO)  
[info@suoloesalute.it](mailto:info@suoloesalute.it) - [amministrazione@pec.suoloesalute.it](mailto:amministrazione@pec.suoloesalute.it)

**Direzione Generale**

Via Cairoli 1, 40121 Bologna (BO)  
Tel: +39 051 6751265

**Direzione Amministrativa**

Via P. Borsellino 12/B, 61032 Fano (PU)  
Tel: +39 0721 860543



## CORSO DI FORMAZIONE PROPEDEUTICO PER VETERINARI AUDITOR SQNBA

**A) Tecniche di Audit ai sensi della norma UNI EN ISO 19011 (corso qualificato CEPAS) della durata di 16 ore;**  
Date: 13 e 14 Dicembre 2024 ore 9:00 -18:00  
(totale 16 ore)

**B) Conoscenza della certificazione Sistema Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA) della durata di 4 ore.**  
Data: 16 Dicembre 2024 ore 14:00-18:00 (4 ore)

Modalità FAD

### QUOTA DI ISCRIZIONE MODULI A + B

€ 350,00 + IVA

**B) Conoscenza della certificazione Sistema Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA) della durata di 4 ore.**  
Data: 16 Dicembre 2024 ore 14:00-18:00 (4 ore)

Modalità FAD

### QUOTA DI ISCRIZIONE SOLO MODULO B

€ 100,00 + IVA

**ISCRIZIONE:** Si prega di inviare la scheda di iscrizione e copia dell'avvenuto pagamento entro il 12 dicembre 2024. Al Modulo A, essendo qualificato CEPAS, potranno partecipare massimo 20 soggetti iscritti. Pertanto si darà priorità ai primi 20 che perfezioneranno l'iscrizione e il pagamento dell'importo. Gli iscritti in esubero parteciperanno nelle successive edizioni del Modulo A previste agli inizi di gennaio 2025.

**MODALITA' DI PAGAMENTO:** Bonifico Bancario intestato a SUOLO E SALUTE SRL  
IBAN IT27G0538724305000044002510

BPER Banca S.p.A

Causale: partecipazione al corso modulo A+B  
o partecipazione al corso modulo B

Al pagamento seguirà regolare fattura.

**PER INFORMAZIONI:** sqnba@suoloosalute.it

### DATI ANAGRAFICI

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Residenza VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

MEDICO VETERINARIO ISCRITTO ALL'ORDINE DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

### DATI INTESTAZIONE FATTURA

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_