



FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI  
DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE EQUESTRE



**MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO PER  
TECNICO FEDERALE DI RIABILITAZIONE EQUESTRE**

Nome/Cognome\_\_\_\_\_

Età/sexo\_\_\_\_\_

Telefono  
fisso/cellulare/club\_\_\_\_\_

Indirizzo Email/sito internet\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_

Percorso scolastico e diploma  
\_\_\_\_\_

Occupazione attuale\_\_\_\_\_

- Tempo pieno
- Part-time

Formazione equestre e diploma (date e luogo)\_\_\_\_\_

Praticate una specifica disciplina equestre?\_\_\_\_\_

Esperienza in Riabilitazione Equestre \_\_\_\_\_

**Breve Curriculum lavorativo successivo al conseguimento della qualifica F.I.S.E**

Con la firma garantisco la firma e la veridicità dei dati forniti ed acconsento specificatamente ed espressamente il trattamento dei miei dati personali, sopra indicati ai sensi dell'art. 11 della Legge 675/96, acconsentendo espressamente alla comunicazione e diffusione dei dati sopra indicati ai sensi dell'art. 20 della stessa legge.

\_\_\_\_\_  
Firma