



# DIPARTIMENTO REINING



## CORSI DI FORMAZIONE 1° LIVELLO PER L'ISTRUZIONE REINING

Nome			
Cognome			
Luogo e data di nascita			
Codice Fiscale			
Indirizzo dove recapitare comunicazioni via posta e/o telegrammi	Via\Piazza		n.
	Città		
	Prov.	C.A.P.	
Recapiti	Indirizzo e-mail:		
	Tel. (Abitazione)		Fax
	Tel. Portatile		
	Altri recapiti (Scuderia)		Fax
Patente F.I.S.E. n.			
Titolo di studio			
Eventuali corsi di aggiornamento e/o affiancamenti effettuati. (Specificare il nome del Tecnico, il periodo ed il numero di ore effettuate.)			

**Altre Cariche federali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_