

MODULO DI RICHIESTA / ISCRIZIONE

CORSO TECNICO EQUESTRE

Nome		DNI/ PASSAPORTO	
Cognome			
Casa		Data di nascita	
E-mail		Numero di telefono	

STUDI SVOLTI / CONTESTO FORMATIVO

--

DOMANDE

Che esperienza hai con i cavalli?	
Perché vuoi seguire questo corso?	

Data:

--

Firma:

--

ATTIVITÀ FORMATIVA

CLINIC DATA

2023

DURATA	DATA D'INIZIO	MODULO DI COMPILAZIONE	DISPONIBILITÀ
1 SETTIMANA			4 POSTI
2 SETTIMANE			4 POSTI
1 SETTIMANA			4 POSTI
2 SETTIMANE			4 POSTI

