

FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI

RICHIESTA DI NUOVA/RINNOVO ISCRIZIONE DEI VETERINARI FEDERALE

_____ li _____

FISE Comitato Regionale Sardegna

Via Cagliari, 242 – c/ Pal.SAIA

09170 Oristano OR

e-mail: info@fisesardegna.com

fax: 0783.302932

Il sottoscritto Dr. _____ nato

a _____ il ____/____/____, codice

fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e residente a _____ provincia _____ in

via/p.zza _____ n° _____ CAP _____, cellulare

n. _____ e e-mail _____, iscritto all'ordine

dei medici veterinari della provincia di _____ n° _____

DICHIARA

- di conoscere il Regolamento Veterinario Federale.
- di essere in possesso della necessaria esperienza professionale per svolgere le diverse attività zootriche e non, previste dal Regolamento federale;
- di curare il proprio aggiornamento rispetto alle future modifiche del Regolamento Veterinario tramite quanto pubblicato sul sito internet della FISE o tramite il proprio Comitato Regionale FISE.
- di comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei recapiti sopra specificati agli Uffici in indirizzo.

e

AUTORIZZA

codesta Federazione Italiana Sport Equestri all'inserimento del proprio nominativo nell'elenco dei Veterinari Accreditati FISE assumendo l'obbligo di osservare le norme dello Statuto e dei Regolamenti della F.I.S.E..

Inoltre allego alla presente richiesta:

- Copia bonifico bancario intestato a FISE CR Sardegna (IBAN: IT85 V076 0117 4000 0008 3347 583)
- oppure
- Copia bollettino conto corrente postale intestato a FISE CR Sardegna (n. conto 83347583)

dell'importo totale di € **81,00** [€ 80,00 (iscrizione/rinnovo) + € 1,00 (diritti di segreteria)] quale quota di inserimento nell'elenco dei Veterinari Accreditati FISE.

FIRMA _____ TIMBRO _____