





# FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

venerdì 6 novembre	<i>entro le ore 8.30 ore 8.45</i>	arrivo dei partecipanti e accreditamento inizio corso area tecnica area psicologica
	<i>ore 13.00-14.00 ore 14.00-19.00</i>	pausa pranzo area medica
sabato 7 novembre	<i>ore 9.00-13.00 ore 13.00-14.00 ore 14.00-19.00</i>	area medica pausa pranzo area tecnica
domenica 8 novembre	<i>ore 9.00-12.00</i>	esami valutativi

L'acquisizione della Specializzazione consentirà il riconoscimento di 1 credito.

L'occasione è gradita per porgere i nostri più cordiali saluti.

Il Segretario Generale  
(MdS Alvaro Carboni)



## Corso di Specializzazione "Tecnici per Arcieri Disabili" Roma, 6/8 novembre 2015

### Domanda di partecipazione e breve Curriculum arcieristico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tesserato per l'anno 2015 con la Società \_\_\_\_\_ regolarmente Iscritto all'Albo dei Tecnici Federali per il 2015 e in possesso del diploma di Istruttore \_\_\_\_\_  
(specificare la categoria tecnica posseduta)

### CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO AL CORSO** di Specializzazione

A tal fine **dichiara:**

- a. **Di aver conseguito** il diploma d'istruttore/allenatore nel \_\_\_\_\_ durante il corso organizzato dal Comitato Regionale (o dalla FITARCO nazionale) \_\_\_\_\_
- b. **Di aver seguito**, negli ultimi quattro anni i seguenti corsi d'aggiornamento e/o specializzazione:  
tema del corso \_\_\_\_\_  
tema del corso \_\_\_\_\_  
tema del corso \_\_\_\_\_  
tema del corso \_\_\_\_\_
- c. **Di svolgere** attività di tecnico:

<input type="checkbox"/> <b>continuativa presso:</b>	<input type="checkbox"/> La Società di appartenenza o altra: _____
<input type="checkbox"/> <b>occasionale presso:</b> (segnare la dizione che interessa)	<input type="checkbox"/> Il Comitato Regionale/Provinciale: _____
	<input type="checkbox"/> Unità Spinali o Centri Riabilitativi: _____
	<input type="checkbox"/> Singoli atleti



# FEDERAZIONE ITALIANA DI TIRO CON L'ARCO

d. **Di svolgere** n° \_\_\_\_\_ corso/i per neofiti all'anno nella propria Società e che la durata di un corso è di n° \_\_\_\_\_ ore.

Se il corso/i è svolto altrove indicare dove: \_\_\_\_\_

e. **Di allenare i seguenti atleti/e disabili:**

Cognome e nome dell'atleta (indicare W1- W2 ecc...)	Divisione	Classe
a.		
b.		
c.		

f. **Di aver svolto** attività di docenza nei corsi effettuati dal Comitato Regionale \_\_\_\_\_, nella/e materie \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del Presidente della Società  
per la convalida dei punti d., e., f.

Firma del Presidente del Comitato Regionale  
per la convalida dei punti a., b., c.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome

Indirizzo

Tessera Fitarco n°

Tel.

e-mail

@

Fax

*Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Legge n°675/96 e successive, autorizzo la Federazione Italiana Tiro con L'arco – FITARCO ad acquisire nei propri archivi i miei dati personali ricavati anche dalla domanda-curriculum che precede, autorizzando la Federazione stessa ad utilizzare tali dati per uso federale.*

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Federazione Italiana di Tiro con l'Arco**  
Via Vitorchiano, 113/115 - 00189 Roma  
Tel. 06 91516900 - Fax 06 91516915  
C.F. 80063130159 - P.IVA 05525461009



Federazione Sportiva Nazionale  
Riconosciuta dal CONI



Federazione Sportiva Paralimpica  
Riconosciuta dal CIP



[www.fitarco-italia.org](http://www.fitarco-italia.org)

