

MODULO DI ISCRIZIONE

Chiedo all'Associazione Culturale Nel Pozzo del Giardino di essere ammesso/a al

dell'**ACCADEMIA DELL'ARTE DELLO SPETTACOLO**

Cognome e Nome _____
Surname and Name

Strumento/Voce _____
Instrument/Voice

Nato/a il _____
Born on

Luogo di nascita _____
Place of birth

Nazionalità _____
Nationality

Residente in via _____
Address

Città _____
City

C.A.P. _____ Provincia _____
Postal Code

Nazione _____
Country

Indirizzo in Italia _____
Address in Italy

Città _____
City

C.A.P. _____ Provincia _____

Telefono _____
Telephone

E-mail _____

Titolo di studio _____
Music Degree

data _____ Firma _____

Autorizzo il trattamento e la comunicazione dei dati personali ai sensi del D.LGS. 196/2003 in vigore dal 01.01.2004.

data _____ Firma _____