

SOCIO

Cognome _____
Nome _____
Nato/a a cap _____ città _____ pr. ____
Data di nascita _____
Codice fiscale _____
Residente a cap _____ città _____ pr. ____
Indirizzo _____
Telefono Fisso _____ Cellulare _____
Email _____

DICHIARO DI PARTECIPARE

EVENTO

In qualità di Attore Tecnico Altro _____
All'attività Spettacolo Altro _____
Titolo _____
Data _____
Location _____

- e pertanto, di essere in regola con la quota associativa dell'Associazione;
- di essere a conoscenza che la prestazione (artistica, tecnica, musicale, professionale ecc.) è del tutto GRATUITA e si svolgerà senza riserve e senza percepire o pretendere, alcun compenso né rimborsi spese di alcun tipo.

Compilando e firmando il presente modulo, si da autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Codice della Privacy (D.Lgs.196 del 30/06/2003).

Letto, approvato e sottoscritto in data _____.

Firma per Approvazione

