

Premio Cronin 2017

S C H E D A I S C R I Z I O N E

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Residenza: Via	
Città	
CAP	Provincia
Telefono	Cellulare
E-mail	
Codice Fiscale	
<input type="checkbox"/> Iscrizione <input type="checkbox"/> Ex-iscrizione Ordine Provinciale di	
n° iscrizione (solo per gli iscritti)	
Specializzazione	

Titolo dell'opera.....
.....

Sezione: Poesia Narrativa Teatro

Si allega ricevuta del bonifico di 20 euro su Banca Carige Agenzia 10, Savona - Intestato "Ass. Medici Cattolici Italiani Sez. GB Parodi Savona - Premio Cronin", CC n° 100999.80 IBAN: IT06S0617510610000010099980

Liberatoria per l'utilizzo degli elaborati

Io sottoscritto.....dichiaro che quanto da me presentato è opera originale di cui garantisco la piena disponibilità. Mi impegno a concedere all'organizzazione titolare del Premio Cronin di sfruttare, riprodurre e utilizzare la mia proposta in qualsiasi forma, per finalità non a scopo di lucro.

Data..... Firma.....

Ai sensi della legge 653/99, i dati anagrafici saranno utilizzati a solo fini informativi del Premio.