



CORSO DI TEATRO BILINGUE

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

Nome: _____ Cognome: _____
Nata/o il: _____ A: _____
Residente in: _____ Comune: _____ Cap: _____

DATI GENITORE (o chi ne fa le veci)

Nome: _____ Cognome: _____
Tel: _____ Cell: _____
E-mail: _____

CHIEDO DI POTERMI PREISCRIVERE ALL'ASSOCIAZIONE G.O.S.T. PER LA FREQUENZA
AL CORSO DI TEATRO BILINGUE

Indicare giorni favorevoli e impossibili

Giorni favorevoli: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

Giorni impossibili: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

**La prescrizione non ha nessun valore vincolante
e non richiede il versamento di alcuna quota**

Informativa sul trattamento dei dati ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003.