



...I... sottoscritto/a (Cognome Nome)

nato/a a: Prov.: Stato: il/...../.....
(gg/mm/aaaa)

Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE
di iscriversi al corso di
“VIDEOLAB – WORKSHOP COMPLETO”
a cura di Gilles Dubroca

Al riguardo, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE PREVISTE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITA'

DICHIARA

➤ **di risiedere in:**

Via/Piazza n° Tel.:

Località Cell.:

E-mail:

Comune C.A.P. Provincia

➤ **di versare la quota € 490,00 all'inizio del laboratorio.**

Data _____

In fede.

(firma)

Il presente modulo di iscrizione dovrà essere inviato all'indirizzo email gilles.dubroca@gmail.com per confermare l'iscrizione al laboratorio.