

Premio Cronin 2024

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

| | |
|--|------------------|
| Cognome | Nome |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Domicilio | |
| 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.....

.....

Attualità Narrativa Poesia Saggistica Teatro

Si allega ricevuta del bonifico di 20 euro

presso **BPER Banca c.so Italia 42 R Savona**

IBAN: IT 86X0 5387 1061 00000 4733 5037

a favore di Ass. Medici Cattolici Sez. Savona "Premio Cronin"

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 solo a fini informativi del Premio.