



MODULO DI ISCRIZIONE. ARCHIVIO DIGITALE DELLA MEMORIA AUDIOVISIVA.

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Comune di residenza _____

Via _____

Cap _____ Provincia _____ Tel. _____

E-mail personale _____ Professione _____

Titolo di studio _____

chiede di iscriversi al Laboratorio della Memoria Audiovisiva

Firma

data

.....

.....