

**SCHEDA PARTECIPAZIONE ALLA MASTERCLASS
CINEMA VERTICALE
GIORNATE DEL CINEMA LUCANO 2019**

NOME E COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

CITTA' _____

EMAIL _____

TELEFONO _____

PROFESSIONE:

REGISTA

SCENEGGIATORE/SCENEGGIATRICE

ATTORE/ATTRICE

ALTRO

(Barrare con una x)

Firma
