

Modulo D' Iscrizione Concorso:
Premio DOC - Danza Oltre Confine

SOLISTA

PASSO A 2

CATEGORIA:

UNDER 14

OVER 15

Scuola _____

Nome Solista/Nome Gruppo _____

Direzione Artistica _____

Via _____

Tel. _____ **Cell.** _____

e-mail _____

Titolo del Brano _____

Stile _____

Coreografia di _____

Durata _____

Scuola affiliata ACSI **NO**

Dichiarazioni:

La responsabile del gruppo _____ in qualità di _____ certifica lo stato di salute idoneo dei propri allievi per la pratica della disciplina tersicorea nell'ambito del concorso.

Il partecipante solista _____ certifica il suo stato di salute idoneo per la pratica della disciplina tersicorea nell'ambito della partecipazione al concorso

Autorizzo l'organizzazione ACSI ad utilizzare la propria immagine ed i propri dati personali ai sensi dell'art.13 del nuovo codice della privacy (d. lgs 196 del 30/06/2003) ai fini promozionali.

Firma: _____