

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.