

 **Associazione Empatia aps**

 **Sede legale: via Vittorio Veneto 18, 12030 Ruffia (CN)**

 **C.F. 94048790045**

 **tel. 346.3973739**

 **e-mail** **ass.empatia.aps@gmail.com**

**MODULO DI ISCRIZIONE AL LABORATORIO TEATRALE**

**Dati del Partecipante:**

* Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Data di nascita: \_\_\_\_\_
* Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati del Genitore/Tutore:**

* Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informazioni sul Laboratorio:**

* Nome del laboratorio: **EMPATIE CREATIVE**
* Data di inizio: \_\_\_\_\_
* Giorni e orari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esperienza Precedente (facoltativo):**

* Hai già partecipato a corsi di teatro? Sì / No
* Se sì, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso alla partecipazione:** Dichiaro di voler partecipare al laboratorio teatrale e di accettarne le condizioni.

 **Data:** \_\_\_\_\_ **Firma del Genitore/Tutore**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per ulteriori informazioni contattare:
Email: ass.empatia.aps@gmail.com
Telefono: 346.3973739