
Formulario di iscrizione / Registration form

Workshop teatrale

Lucia Calamaro | Carmelo Rifici

Vorrei partecipare come / I would like to participate as:

- Attore, attrice / Actor, Actress
- Regista / Director
- Autore / Author

Nome / Name: _____

Cognome / Family Name: _____

Luogo di nascita / Birth's place: _____

Data di nascita / Birth's date: _____

Telefono / Phone: _____

Cellulare / Mobile phone: _____

Indirizzo di residenza / Address: _____

Cap / Zip code: _____

Città / Town: _____

Nazione / Country: _____

Lingue parlate / Spoken languages: _____

Email: _____

Luogo e data / Place and Date: _____

Firma / Signature: _____

LAC edu

Piazza Bernardino Luini 6

6901 Lugano

+41(0)58 866 4230

lac.edu@lugano.ch

edu.luganolac.ch

Partner principale

