



RICHIESTA DI UTILIZZO DEL TEATRO DEI SEGNI

Denominazione Ente richiedente _____

Sede legale dell'Ente _____

Via _____ nr _____ Cap _____

Località _____

Tel. _____

P.IVA / Cod. Fiscale _____

Legale rappresentante Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Via _____ nr _____ Cap _____

Località _____ Tel. _____

Responsabile dell'evento Sig/Sig.ra _____

Tel. _____

IL SOPRACITATO ENTE CHIEDE AI GESTORI DEL TEATRO DEI SEGNI, CONCESSIONARI DELLA SALA / TEATRO DEI SEGNI DI MODENA, DI POTER UTILIZZARE LA SUDDETTA STRUTTURA NEI SEGUENTI GIORNI:

IL _____

DALLE ORE _____

ALLE ORE _____

IL _____

DALLE ORE _____

ALLE ORE _____

IL _____

DALLE ORE _____

ALLE ORE _____

PER UNA DURATA PRESUMIBILE DI ORE _____

PER LA SEGUENTE INIZIATIVA (Specificare):

Teatro dei Segni

Via San Giovanni Bosco, 150 – Modena
Segreteria: P.zza Liberazione, 13 - Modena
Tel. 059-285676 fax. 059/2861210
e.mail: info@teatrodeisegni.com