Premio Teatrale Nazionale
"*Giovanni MELLANO*" FOLLE D'ORO
Città di Fossano - CN
15^ Edizione – anno 2025

ALLEGATO 1
MODULO DI ISCRIZIONE

Compagnia _____ Regione _____ **Sito** _____

Via _____N. _____ Cap _____ Città _____ Prov. ____

Referente Sig. _____ **Qualifica** _____

Cell. _____ **E-mail** _____ orari reperibilità _____

Titolo opera _____

Autore _____ Traduttore _____

Regia_____ Genere _____Durata _____ Atti _____

Link dello spettacolo: _____

Opera tutelata: si ☐ no ☐ Cod. SIAE _____ Musica: si ☐ no ☐ tutelata: si ☐ no ☐

N. ATTORI* ___ N. TECNICI* ___ REGISTA* __ *(* rimborso per attori in locandina + 2 tecnici + regista = max 12 persone)*

Tempo previsto per il montaggio _____ Tempo previsto per lo smontaggio _____

Repliche (data e luogo) _____
(la Commissione selezionatrice potrebbe visionare dal vivo gli spettacoli iscritti, se rappresentati entro la data scadenza bando)

Note eventuali: _____

Parte da compilare a cura del Legale Rappresentante

Il sottoscritto _____in qualità di **Legale Rappresentate della scrivente Compagnia teatrale**, **richiede l'iscrizione** alla **15^ edizione Premio Teatrale Nazionale "Giovanni Mellano" FOLLE D'ORO 2025 – Città di Fossano**.
Dichiara, inoltre:
A) di aver preso visione e di accettare integralmente le norme previste dal regolamento della **15^ edizione Premio Teatrale Nazionale "Giovanni Mellano" FOLLE D'ORO 2025 – Città di Fossano**. In modo particolare ed incondizionato accetta quanto previsto dagli articoli **9** (ASSICURAZIONE, DANNI, CONTROVERSIE E PARTECIPAZIONE MINORI), **10** (PRIVACY), **11** (RESPONSABILITA');
B) che tutto il materiale utilizzato per lo spettacolo proposto (scenografie, costumi, attrezzatura, arredi) risulta in **CONFORMITA' ALLE VIGENTI NORME DI LEGGE.**
C) di rendersi disponibile a comunicazioni e trasmissione di dati tramite posta elettronica.

Dichiara, inoltre, che la Compagnia è regolarmente **iscritta nell'anno 2025** a *(barrare e compilare la riga interessata):*
___ U.I.L.T. Regione _____ *ed allega la copia dell'avvenuta affiliazione/riaffiliazione e numero di tessera*.
___ F.I.T.A. Regione _____ *ed allega la copia dell'avvenuta affiliazione/riaffiliazione e numero di tessera*.
___ T.A.I. Regione _____ *ed allega la copia dell'avvenuta affiliazione/riaffiliazione e numero di tessera*.
___ Altro _____ Regione _____ *ed allega la copia dell'avvenuta affiliazione/riaffiliazione*.
___ di avere l'agibilità E.N.P.A.L.S. ed essere coperta da assicurazione.

_____, li ____ /____ 2025 Firma

_____