

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

INDIRIZZO

CAP

CITTA'

PROVINCIA

TELEFONO

E-MAIL

SEZIONE SCELTA

(barrare la casella)

TITOLO DELL'OPERA

Racconto

Poesia

Fiaba

EVENTUALE SCUOLA DI APPARTENENZA

CLASSE

CITTA'

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto il regolamento del concorso e di accettarlo in tutte le sue parti e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali secondo la Legge n° 675/96

FIRMA

DATA