



Presentano

FORM 11 TO 17 SEPTEMBER 2017

POMPEI – ITALY

SCHEDA DI ISCRIZIONE “ITALIAN MOVIE MASTER © 2017”

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente in _____ Città _____ Prov. _____

cap _____ telefono _____ / _____ Codice Fiscale _____

E-mail (*obbligatoria*) _____ @ _____

intende partecipare al “**Italian Movie Master © 2017**” della IX Edizione del festival
“ **ITALIAN MOVIE AWARD®** ”.

Il percorso formativo si svolgerà in dal **11 al 17 settembre 2017** nella Città di **Pompei (Na)** presso l’arena cinematografica del “Parco Naturale” del *Centro Commerciale LA CARTIERA*. *Inoltre verranno organizzate sedute di studio mattina e pomeriggio presso gli hotel convenzionati che saranno comunicati in seguito.*

Titolo di Studio _____

Studente Universitario? SI NO

Lavori nel Cinema? SI NO

Se SI indicare le esperienze

Esperienze Cinematografiche? SI NO

Se SI indicare le esperienze

2

- **SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE SCHEDA C.V. E UNA FOTO.**

DICHIARAZIONE-LIBERATORIA

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Dichiara di essere **maggiorenne** e di essere consapevole che il **Master** dell'ITALIAN MOVIE AWARD® edizione 2017 avrà l'obbligo di frequenza dell'90%, pena l'esclusione dal diritto di partecipazione;

Accetta che il materiale inviato sia trattenuto dagli organizzatori e utilizzato a scopi culturali e associativi;

Autorizza la proiezione pubblica gratuita di eventuali video o foto realizzate durante il **Master** dell'ITALIAN MOVIE AWARD® 2017;

Accetta il giudizio e la valutazione finale dei docenti in merito alla propria partecipazione al **Master** dell'ITALIAN MOVIE AWARD® 2017;

Dichiara di non aver nulla a che pretendere per tutto quanto sopra descritto;

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere;

Inoltre il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 d.lgs. n° 196/03 e successive modifiche, **dichiara** di essere compiutamente informato delle finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente indicati nella presente scheda di iscrizione al **Master** dell'ITALIAN MOVIE AWARD® 2017 organizzato dall'**Associazione Culturale Valsele International Film Festival** e dal **Centro Commerciale La Cartiera** in collaborazione con la **Scuola di Cinema di Napoli**, con l'adesione della **Film Commission Regione Campania** **conferisce** il proprio consenso al trattamento dei dati personali inviati, anche con strumenti informatici.

Luogo e data: _____

Firma: _____

Per partecipare al **"Italian Movie Master © edizione 2017"** è necessario inviare questo documento compilato e firmato con c.v. e foto allegati, nelle seguenti modalità:

- raccomandata o posta prioritaria a:
Associazione VALSELE INTERNATIONAL FILM FESTIVAL
Via Cappelle, 16 84020 COLLIANO (SA) – Italy
- Oppure via mail via e-mail all'indirizzo: masterclass@italianmovieaward.it

POSTI DISPONIBILI 100 - SCADENZA ISCRIZIONI 1 SETTEMBRE 2017.

(L'ELENCO DEI SELEZIONATI E GLI ORARI DELLA MASTERCLASS VERRANO COMUNICATI ENTRO IL 4 SETTEMBRE 2017 SUL SITO UFFICIALE DEL FESTIVAL)

Per informazioni chiamare il numero +39.338.7448469 dal lunedì al venerdì dalle 10:00 alle 14:00 oppure il numero +39.0828.18.18.398.