



Scuola Nazionale Cinema Indipendente

Piazza F. Balducci, 4R - Firenze

Tel. Fax: 055480993

info@snci.it

www.scuoladicinemaindipendente.com

Luogo e data _____

Tessera n° (a cura della Scuola) _____

Il sottoscritto/a _____ cittadinanza _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

Residente a _____ Provincia di _____ Cap _____

in Via/Località/Frazione _____

recapiti telefonici (minimo 2):

1° tel _____ 2° tel _____ 3° tel _____

Codice Fiscale: _____

e-mail: _____

Titolo di studio _____

Conseguito nell'anno _____

Attualmente dichiara di essere:

Studente.....lavoratore dipendente.....lavoratore autonomo.....disoccupato.....

Desidera iscriversi al corso di:

- REGIA CINEMATOGRAFICA** (qualifica professionale riconosciuta)
- TECNICO DELLA RIPRESA E DEL MONTAGGIO** (qualifica professionale riconosciuta)
- RECITAZIONE** (qualifica professionale riconosciuta)
- DOPPIAGGIO**
- DIREZIONE DELLA FOTOGRAFIA - CAMERAMAN**
- SCENEGGIATURA**
- MONTAGGIO**
- EDITING SPECIAL EFX**

Desidera iscriversi al corso di specializzazione in:

- REGIA CINEMATOGRAFICA 2° anno**
- RECITAZIONE 2° anno**
- AUDIO**
- DAVINCI RESOLVE**
- AFTER EFFECT**

Dichiara inoltre di aver preso visione dei costi del corso scelto e di essere al corrente che le quote versate non possono essere restituite. Solo nel caso in cui un corso non venga svolto per motivi imputabili alla scuola, le quote versate verranno interamente restituite.

Firma

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti disposizioni di legge D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche

Firma