



Iscrizione interprete **CONCORSO DI DANZA** **LA TRAMA DEI CORPI**

solisti - passi a due – gruppi **SENIOR** – sabato 17 maggio a partire dalle ore 16.00

solisti – passi a due – gruppi **BABY – PICCOLI -JUNIOR** – domenica 18 maggio a partire dalle ore 10.00

danza classica - moderna – contemporanea/contaminazione – solisti a passi a due e gruppi

LA GIURIA

CRISTINA SASO – MICHELE VEGIS – LUNA RONCHI
PHILIPPE KRATZ – SIMONE LOLLI

Indirizzo dell'evento: TEATRO COMUNALE CAGLI – Piazza Niccolò IV
Contatti: (+39) 393 9690277 – (+39) 340 3710294 o movimentoefantasia@libero.it

DA COMPILARE PER OGNI INTERPRETE

Modulo di prestazione consenso scriminante, legge sulla privacy, consenso utilizzo immagine e possesso certificato medico. Rammentiamo che non sarà possibile accedere all'evento senza avere provveduto a firmare l'allegato documento in tutte le sue parti.

Art. 1 - CONSENSO SCRIMINANTE AVENTE DIRITTO L'organizzatore è esonerato da qualsiasi tipo di responsabilità. Ogni eventuale danno alla persona o a cose occorso nella pratica della danza durante l'evento presso il teatro comunale di Cagliari deve intendersi coperta dalla scriminante del consenso all'avente diritto, manlevando l'organizzatore da ogni e qualsiasi responsabilità a riguardo e valendo la sottoscrizione del presente modulo quale formale prestazione del consenso in termine.

ART. 2 - ESONERO RESPONSABILITÀ SORVEGLIANZA Il sottoscritto solleva l'organizzatore da qualsiasi responsabilità e obbligo di sorveglianza dei minori, che dovranno essere accompagnati.

ART. 3 - ESONERO DI RESPONSABILITÀ DELL'ENTE ORGANIZZATORE PER COSE E VALORI DEI PARTECIPANTI con espressa esclusione dell'applicabilità degli art. 1783 e a seg. codice civile, l'organizzatore non risponde dello smarrimento, della sottrazione o del deterioramento di cose o valori ed effetti personali dei partecipanti portati all'interno della struttura ospitante l'evento.

ART. 4 - DICHIARAZIONE POSSESSO CERTIFICAZIONE MEDICA Il sottoscritto dichiara di essere in possesso della certificazione medica attestante l'idoneità allo svolgimento dell'attività fisica e di non avere controindicazioni alla stessa (certificato idoneità sportiva)

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Età: anni _____/ mesi _____

Via _____ n° _____ Città _____ Provincia _____

_____ CAP _____

cell. di riferimento _____ e-mail _____

TITOLO DI TUTTE LE COREOGRAFIE CHE VERRANNO INTERPRETATE DAL SOGGETTO DI CUI SOPRA

.....

Data e firma

Da rispedito insieme a tutto il materiale: iscrizione danzatore/danzatrice – modulo iscrizione partecipante - coreografia – musica – distinta di bonifico [a movimentoefantasia@libero.it](mailto:a_movimentoefantasia@libero.it)