



PORDENONESI NEL MONDO

Ri-SCOPRIRE IL FRIULI 2020
Pordenone 12 - 27 LUGLIO 2020
APPLICATION FORM

ADULTO / ADULT

Segretariato di _____

cognome _____ nome _____
last name first name

nato a _____ il _____
place of birth dob dd/mm/yyyy

residente a _____ via _____
city address

_____ CAP _____
state postal code

tel. fisso _____ cellulare _____
home phone number mobile phone number

email _____
email

- Dichiaro di avere una conoscenza della lingua italiana almeno a livello elementare
I declare to know the Italian language at least at a basic level
- Dichiaro di condividere le finalità del progetto e di partecipare con responsabilità alle attività programmate.
I agree with the aims of the project and I will participate with responsibility to the planned activities.
- Allego copia della mia assicurazione medica valida all'estero
A copy of my out of county medical insurance card
- Allego copia del mio passaporto
A copy of my passport
- Allergie o intolleranze

data / date _____

firma / signature



PORDENONESI NEL MONDO

RI-SCOPRIRE IL FRIULI 2020
Pordenone 12 - 27 LUGLIO 2020
APPLICATION FORM

MINORE / UNDERAGE YOUTH
PARENTAL PERMISSION

Segretariato di _____

cognome	_____	nome	_____
	<i>last name</i>		<i>first name</i>
nato a	_____	il	_____
	<i>place of birth</i>		<i>dob dd/mm/yyyy</i>
residente a	_____	via	_____
	<i>city</i>		<i>address</i>
	_____	CAP	_____
	<i>state</i>		<i>postal code</i>
tel. fisso	_____	cellulare	_____
	<i>home phone number</i>		<i>mobile phone number</i>
email	_____		
	<i>email</i>		

PADRE/ FATHER

cognome	_____	nome	_____
	<i>last name</i>		<i>first name</i>
nato a	_____	il	_____
	<i>place of birth</i>		<i>dob dd/mm/yyyy</i>
residente a	_____	via	_____
	<i>city</i>		<i>address</i>
	_____	CAP	_____
	<i>state</i>		<i>postal code</i>
tel. fisso	_____	cellulare	_____
	<i>home phone number</i>		<i>mobile phone number</i>
email	_____		
	<i>email</i>		

MADRE/MOTHER

cognome _____ nome _____
last name *first name*

nato a _____ il _____
place of birth *dob dd/mm/yyyy*

residente a _____ via _____
city *address*

_____ CAP _____
state *postal code*

tel. fisso _____ cellulare _____
home phone number *mobile phone number*

email _____
email

- Dichiariamo di condividere le finalità del progetto.
We agree with the aims of the project.
- Allego copia dell'assicurazione medica di mio figlia/figlio valida all'estero
A copy of my daughter/son's out of county medical insurance card
- Alleghiamo copia del suo passaporto
A copy of her/his passport
- Allergie o intolleranze

data / date _____

firma dei genitori o di chi ne fa le veci/ parents' or guardian's signature
