



PORDENONESI NEL MONDO

**Ri-Scoprire il Friuli 2019**  
**Pordenone 14 - 29 LUGLIO 2019**  
**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*

data / date \_\_\_\_\_

firma / signature

\_\_\_\_\_

**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	_____
	<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>		

- 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*

data / date \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_