

# Premio Cronin 2024

## S C H E D A I S C R I Z I O N E

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Domicilio	
Città	
CAP	Provincia
Telefono	Cellulare
E-mail	
Codice Fiscale	
<input type="checkbox"/> Iscrizione <input type="checkbox"/> Ex-iscrizione Ordine Provinciale di	
n° iscrizione (solo per gli iscritti)	
Specializzazione	

**Titolo dell'opera**.....

.....  
 Attualità  Narrativa  Poesia  Saggistica  Teatro

Si allega ricevuta del bonifico di 20 euro  
presso **BPER Banca c.so Italia 42 R Savona**  
**IBAN: IT 86X0 5387 1061 00000 4733 5037**  
a favore di Ass. Medici Cattolici Sez. Savona "Premio Cronin"

### **Liberatoria per l'utilizzo degli elaborati**

Io sottoscritto.....dichiaro che  
quanto da me presentato è opera originale di cui garantisco la piena  
disponibilità. Mi impegno a concedere all'organizzazione titolare del  
Premio Cronin di sfruttare, riprodurre e utilizzare la mia proposta in  
qualsiasi forma, per finalità non a scopo di lucro.

Data..... Firma.....

Ai sensi della legge 653/99, i dati anagrafici saranno utilizzati solo  
a fini informativi del Premio.