



CONSERVATORIO DI MUSICA S. CECILIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

(i presenti dati sono resi ai sensi dell'art. 46 del T.U. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato)

Al Direttore del Conservatorio di Musica "SANTA CECILIA" – Roma

Il/La sottoscritt _____

codice fiscale _____

nato/a _____ Prov. _____

il _____

residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____

in via _____ n. _____

cell. _____

e-mail (leggibile) _____

CHIEDE

**alla S.V. di essere ammesso alla Masterclass
di Musicoterapia – Metodo Euterpe sound
in multisensory stimulation
prof. Tommaso Liuzzi**

4 e 11 ottobre ore 14.00-18.00

5 e 12 ottobre ore 9.00-13.00 e 14.00-18.00

ALLIEVO INTERNO

STRUMENTISTA _____ CANTANTE _____

Programma

ROMA _____

FIRMA STUDENTE
