



MODULO DI PRENOTAZIONE PERCORSO DIDATTICO INGLESE

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Dopo aver effettuato la prenotazione dei posti telefonicamente

compilare il modulo in stampatello e inviare a:

email: prenotazioni@erasmustheatre.com

whatsapp: 3773676935

Il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte e risulta un impegno di pagamento, se incompleto non sarà ritenuto valido

IL/LA SOTTOSCRITTO/A Cognome BUTTAJUOCO Nome GIUSEPPINA
 Città SCIACCA Prov. AG Cell. 3270090808 E-mail gs.buttajuoco@gmail.com
 docente di (indicare la materia) Inglese presso (indicare la denominazione completa della scuola) I.C. MARIANO ROSSI sita in Via DE MEOCA n° 2
 C.A.P. 92019 Città SCIACCA Prov. AG Tel. fisso 0925/21263
 E-Mail agic84500d@istruzione.it Codice UNIVOCO UF8K90
 Dirigente scolastico: TRIOLO PAOLA

CHIEDE LA PRENOTAZIONE DEL PERCORSO DIDATTICO IN INGLESE PER

N° 87 posti per studenti (al costo unitario di € 14.00)N° 3 posti per studenti (biglietto omaggio)N° 9 posti per insegnanti (biglietto omaggio)

con la visione finale dello spettacolo:

A CHRISTMAS CAROL

che avrà luogo presso il

Teatro GOLDEN Città PALERMO il giorno 06/11/2024 alle ore 9.00

IL/LA SOTTOSCRITTO/A PAGHERA'

La somma complessiva di: € 1.218,00 in lettere milleduecentodiciotto/00tramite (indicare la modalità scelta): emissione fattura elettr. a I.C.S. Mariano Rossi - CF: 83001130844☐ BONIFICO BANCARIO DA PARTE DELL'ISTITUTO (da effettuare entro 5gg prima dell'evento)Codice CIG B3F416798A Prot. N. vedi segnatura del

IBAN: IT80Q0103079950000001750713 Intestato a ERASMUS THEATRE

☐ BONIFICO BANCARIO PRIVATO DA PARTE DEL DOCENTE (da effettuare entro 5gg prima dell'evento)Cod. Fiscale Intestatario CC *Nome Cognome Via n° Città CAP Prov.

(*da compilare se diverso dal sottoscrittore)

☐ CONTANTI IN TEATROData 23/10/2024

In conformità alla L. 196/2003 autorizzo il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo;

Si dichiara di aver preso visione e accettare tutte le norme contenute nel regolamento liberamente consultabile su www.erasmustheatre.com

Firma

Firma

Timbro Istituto

Dott.ssa Paola Triolo