



**DOMANDA DI ACCREDITO PROFESSIONALE**

*Valida per una persona*

da rispedire via email a [segretariato@castellinaria.ch](mailto:segretariato@castellinaria.ch)

termine di invio **13** Novembre

Castellinaria Festival internazionale del cinema giovane | C.P. 1239 | 6502 Bellinzona | +4191 825 28 93

Cognome

Nome

Indirizzo privato

Cap – Città

Stato

Cellulare

Telefono

Email

Società rappresentata

Funzione

Indirizzo professionale

Cap – Città

Stato

Cellulare

Telefono

Email

Sito internet

**Categoria professionale**

Produttore

Distributore

Acquirente

Proprietario sale

Delegato Festival

Altra categoria

Indirizzo durante il festival  
*albergo o altro*

Dal / al /

Tel

Timbro professionale

Data e firma