



**Accredito professionale / Professional accreditation / Accréditation professionnelle**

inviare a / send to / envoyer à [segretariato@castellinaria.ch](mailto:segretariato@castellinaria.ch)

termine / by / délai **6** Novembre

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

Cognome / Surname / Nom

Nome / Name / Prénom

Cap / CP / Zip – Città / Town / Ville

Cellulare / Mobile

Telefono / Phone

Società rappresentata / Company represented / Société représentée

Indirizzo professionale / Professional address / Adresse professionnelle

Cap / CP / Zip – Città / Town / Ville

Cellulare / Mobile

Telefono / Phone

Email

Sito internet

Categoria professionale / Professional category / Catégorie professionnelle

Indirizzo durante il festival / Address during the Festival / Adresse pendant le Festival

*albergo / Hotel*

*altro / other / autre*

Dal / al /

Tel

Data e firma / Date & Signature