



CR ENS PUGLIA



SP ENS LECCE

## Modulo di partecipazione PRANZO DI GALA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Dichiara di voler partecipare al pranzo in occasione  
del 1° Festival Reg.le degli artisti Sordi Puglia presso il  
**RISTORANTE "IL SAN LORENZO" via E. Vanoni n. 11 - Lecce**

- Menù fisso con secondo di **CARNE**
- Menù fisso con secondo di **PESCE**
- Menù **VEGETARIANO**
- Menù **BABY**

(È possibile selezionare solo un menù)

❖ **Si prega di comunicare eventuali allergie alimentari:**

\_\_\_\_\_

N.B. inviare il modulo di partecipazione **entro e non oltre il 03-12-2022**  
**(fino ad esaurimento posti)**

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_