



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 CARNE**

\_\_\_\_\_

**Menù PESCE**

\_\_\_\_\_

**Menù BABY**

\_\_\_\_\_

**Menù VEGETARIANO**

\_\_\_\_\_

❖ **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** \_\_\_\_\_