

ENTRY FORM LECCE FILM FEST 17 - FESTIVAL DEL CINEMA INVISIBILE 2024

1. INFORMAZIONI SUL FILM/FILM'S DATA

Titolo/Title: _____

Nazione/Nation: _____ Anno/Year: _____ Time: _____

Genere/Genre: Fict Doc Anim Exp **Lingua/Language:** _____ **Sottotitoli/Subtitles:** _____

Supporto/Support: Dvd Bluray File **Anteprima/Premiere:** Y N Italian

Premi/Awards: _____

Regia/Director: _____

Sceneggiatura/Screenplay: _____

Fotografia/Cinematography: _____

Montaggio/Editing: _____

Produzione/Production: _____

Musica/Music: _____

Interpreti/Cast: _____

Breve sinossi/Short synopsis: _____

2. INFORMAZIONI SUL REGISTA/DIRECTOR'S DATA

Cognome e nome/Surname and Name: _____

Luogo e anno di nascita/Place and year of birth: _____

Indirizzo/Address: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Altri contatti/Other contacts: _____

3. INFORMAZIONI SU CHI ISCRIVE IL FILM/SUBSCRIBER'S DATA (Se diverso dal regista/If different from director)

Cognome e nome/Surname and Name: _____

Indirizzo/Address: _____

E-Mail: _____ Tel.: _____

4. ALTRE INDICAZIONI/OTHER INDICATIONS

FIRMA/SUBSCRIBE _____