



MEDIA ACCREDITATION FORM

NOME | NAME _____

COGNOME | SURNAME _____

TESTATA | COMPANY _____

N. TESSERA PROFESSIONALE | PROFESSIONAL CARD N° _____

EMAIL _____@_____

TELEFONO | PHONE _____

CELLULARE | MOBILE PHONE _____

FAX _____

CATEGORIA | CATEGORY:

Giornalista | Journalist []

Fotografo | Photographer []

Tecnico Radio-Tv | Radio-Tv operator []

MEDIA:

Internet []

Radio []

TV []

Quotidiano | Daily Press []

Periodico | Periodic Press []

Agenzia | News Agency []



GIORNATE DI GARA | RACE DAYS

[] 20 ottobre | 20th October

[] 21 ottobre | 21th October

[] 22 ottobre | 22th October

[] 23 ottobre | 23th October

Note

Il modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato, entro e non oltre il 15 Ottobre, all'indirizzo email ufficio.stampa@wrcbari2011.com

This form compiled in every part must be delivered by and no later than October 15th, 2011 to the email: ufficio.stampa@wrcbari2011.com