



Registro de Entrada	
	<b>Consortio del Museo Municipal de la Cuchillería de Albacete.</b>

Dña. / Don \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con domicilio en la localidad de \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_, en representación de (en su caso) \_\_\_\_\_, C.I.F. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_

**SOLICITA**

La cesión de una sala del Museo Municipal de la Cuchillería el día \_\_\_\_\_, para realizar la siguiente actividad:

Horario de la actividad: \_\_\_\_\_

Horario montaje / ensayo de la actividad \_\_\_\_\_

Necesidades de la infraestructura:

Albacete, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

El / la solicitante,

## NECESIDADES PARA LA ACTIVIDAD

NECESIDADES TÉCNICAS:

ACTIVIDAD A REALIZAR (Si es posible adjuntar dossier con motivos por los que se solicita realizar la actividad en el Museo Municipal de la Cuchillería)

HORA DE LA ACTIVIDAD/ACTUACIÓN:

HORA DE MONTAJE Y/O ENSAYOS:

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

FECHA:

PERSONA DE CONTACTO QUE MEDIARÁ ENTRE LOS TÉCNICOS DEL MUSEO DE LA CUCHILLERÍA Y LOS PARTICIPANTES, DURANTE EL ACTO Y/O MONTAJE Y/O ACTUACIÓN

NOMBRE:

TELÉFONO:

OTRAS NECESIDADES:

PREVISIÓN DE ASISTENCIA: