



**GIORNATE
DEGLI AUTORI
VENICE DAYS**

ENTRY FORM 2012

c/o Studio Coop, Via Panaro 17 - 00199 Roma, Italy
Tel. 06 8603111 - Fax 06 86213298 - program@venice-days.com - www.venice-days.com

CONTACT/CONTATTO:

Ms./Sig.ra - **Mr./Sig.** **Name/Nome** _____ **Surname/Cognome** _____

Company/Società _____

Phone/Tel. _____ **Mobile/Cell.** _____

Email _____

FILM:

Title/Titolo _____

Country/Paese _____ **Fiction/Finzione** - **Documentary/Documentario**

Year of Production/Anno _____ **Length/Durata** _____

Director/Regista _____ **First Feature Film/Opera Prima**

Cast _____

World Sales/Vendite internazionali _____

Production/Produzione _____

Italian Distributor/Distribuzione italiana _____

Festivals and Awards/Festival e premi _____

Synopsis/Sinossi _____

Remarks/Note _____

SIGNATURE/FIRMA _____ **Date/Data** _____

I hereby declare to be empowered by the right owner of the film to submit it to the selection of Venice Days and I accept their Regulations as published on www.venice-days.com

Dichiaro di essere autorizzato/a dagli aventi diritto del film a presentarlo alla selezione delle Giornate degli Autori e di accettare il Regolamento pubblicato su www.venice-days.com