

**Titolo dell'esposizione / Title of the Exhibition :**

Data di inizio prestito / Starting date of Loan:

Data di restituzione:

**Nome e indirizzo del prestatore / Name and address of the Lender**

**Nome e Cognome dell'Istituzione / Name of the Institution:** Archivio Franca Rame e Dario Fo

**Indirizzo / Address:** Libera Università di Alcatraz loc. S. Cristina

**Città / City:** I-06024 Gubbio (PG)

**Numero tel. / Tel.** +39-075-92.29.914

**e-Mail:** francarame@fastwebnet.it

**Persona di contatto (se diversa dal prestatore) / Contact (different from the Lender)**

**Nome e Cognome dell'Istituzione / Name of the Institution:** Jacopo Fo

**Indirizzo / Address:** Libera Università di Alcatraz loc. S. Cristina

**Città / City:** I-06024 Gubbio (PG)

**Numero tel. / Tel.** +39-075-92.29.914/38/39

**e-Mail:** jacopo@alcatraz.it

**Modalità di restituzione / How to return**

**Autore, Titolo dell'opera e anno:**

**Author, Title and year of the work:**

DARIO FO

MEDICO PER FORZA

THE DOCTOR IN SPITE OF HIMSELF (LE MÉDECIN

MALGRÉ LUI)

1990

**Tecnica:** Tempera e inchiostro su carta

**Technique:** Tempera and ink on paper

**Dimensioni:**

**Size:**

56x38 cm

**Cornice: SI**

**Picture Frame: YES**

**Valore assicurativo:**

**Insurance value:**

Euro: 5.200,00

**Eventuali altre osservazioni / Observations:**



**Dichiarazione del prestatore / Statement of the Lender:**

In fede, dopo aver integralmente letto il presente documento, dichiaro che in data odierna ho ricevuto l'opera  
After reading this document entirely, in witness I declare that today I've received the above-mentioned work of art

Data Il Direttore o un suo delegato

Date The Director or his delegate

Data Firma del prestatore

Date Signature of the Lender:

|

atore: