

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 MALGRÈ LUI)

1990

Tecnica: Tempera su carta colorata

Technique: Tempera on colored paper

Dimensioni:

Size:

82x67 cm

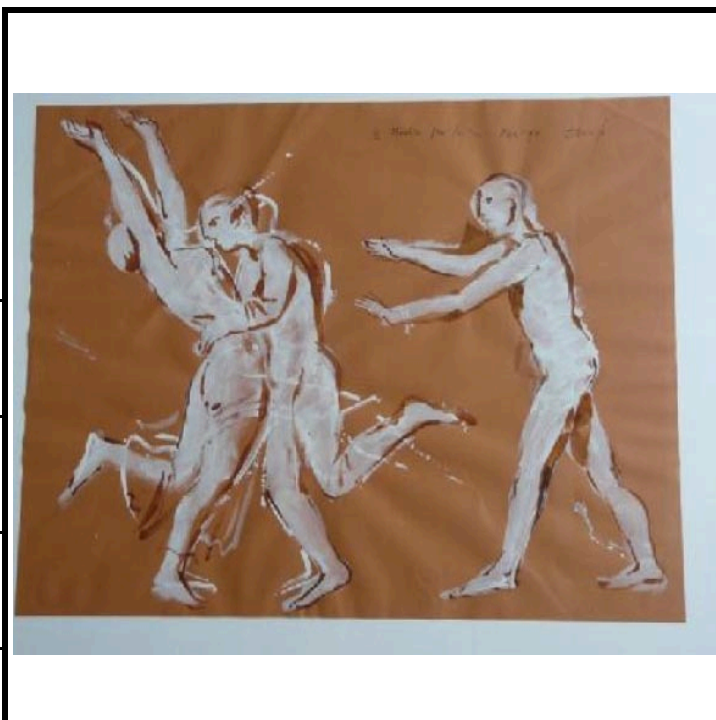
Cornice: SI

Picture Frame: YES

Valore assicurativo:

Insurance value:

Euro: 7.800,00



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 in

Data Il Direttore o un suo delegato

Data Firma del prestatore:

Date The Director or his delegate

Date Signature of the Lender:

