

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

LE MÈDICIN MALGRÈ LUI – THE DOCTOR IN SPITE
OF HIMSELF

1990

Tecnica: Tecnica mista su carta colorata**Technique:** Mixed technique on colored paper**Dimensioni:****Size:**

65x77 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 in the

Data Il Direttore o un suo delegato

Date The Director or his delegate

Data Firma del prestatore:

Date Signature of the Lender:



