

Quito, XX de XXXXXXXX del 2019

Sr. Jan Vandierendonck
Director Ejecutivo
Instituto del Cine y Creación Audiovisual (ICCA)
Presente.-

Por medio del presente formulario solicito que el espacio que represento legalmente forme parte de la Red de Espacios Audiovisuales del ICCA:

Formulario de ingreso como miembro a la Red de Espacios Audiovisuales (REA) para personas naturales

Datos del solicitante		
Nombres y Apellidos Haga clic aquí para escribir texto.		Ocupación Haga clic aquí para escribir texto.
C.I. Haga clic aquí para escribir texto.	Fecha de nacimiento Haga clic aquí para escribir texto.	Código de huella dactilar Haga clic aquí para escribir texto.
Dirección Haga clic aquí para escribir texto.	Ciudad Haga clic aquí para escribir texto.	Provincia Haga clic aquí para escribir texto.
Correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto.	Número celular Haga clic aquí para escribir texto.	Número telefónico fijo (opcional) Haga clic aquí para escribir texto.

Ficha técnica del proyecto					
Descripción del proyecto Haga clic aquí para escribir texto.					
Público objetivo Haga clic aquí para escribir texto.					
Equipos de proyección a utilizarse Haga clic aquí para escribir texto.					
Lugar de exhibición Haga clic aquí para escribir texto.	Dirección Haga clic aquí para escribir texto.				
Ciudad Haga clic aquí para escribir texto.	Provincia Haga clic aquí para escribir texto.				
Fechas de exhibición Haga clic aquí para escribir texto.	Hora(s) de exhibición Haga clic aquí para escribir texto.				
Se llevará a cabo un foro tras la proyección:	<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Nombre del panelista en el foro (si aplica): Haga clic aquí para escribir texto.					
Desea asesoría para la programación en su proyecto:	<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Temática de la programación (si aplica): Haga clic aquí para escribir texto.					

Firma del solicitante

Nombre y Apellido: Haga clic aquí para escribir texto.

C.I.: Haga clic aquí para escribir texto.

