



# Concurso de pintura

62° Aniversario de  
Federada Cobertura Médica



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, N°, piso, dpto.): \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono (con código de área): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### OBRA/S CONCURSANTES (\*)

1. Título: \_\_\_\_\_ Medidas (cm): \_\_\_\_\_

Técnica: \_\_\_\_\_ Año de realización: \_\_\_\_\_

2. Título: \_\_\_\_\_ Medidas (cm): \_\_\_\_\_

Técnica: \_\_\_\_\_ Año de realización: \_\_\_\_\_

(\*) Hasta dos (2) por artista. Los archivos JPG deben estar identificados con los mismos nombres indicados en este campo.

### BREVE RESEÑA DEL AUTOR (OPCIONAL)

Estudios artísticos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exposiciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Premios:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con la presentación de esta Ficha de Inscripción,  
el concursante declara conocer y aceptar las bases del 9no Concurso  
Abierto de Pintura 62° Aniversario de Federada Cobertura Médica.