

**ACCADEMIA ALFONSIANA**  
**Pontificia Università Lateranense**

LICENZA – 1° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_

**(come è sul passaporto/carta d'identità)**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

NAZIONALITA': \_\_\_\_\_

STATUS RELIGIOSO:

Stud. Dioc.  Stud. Rel.  Laico  Religiosa

Sac. Dioc.  Sac. Rel.  Laica

DIOCESI O SIGLA DELL'ORDINE RELIGIOSO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO A ROMA: Collegio \_\_\_\_\_ (N° del Coll.: \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_00 - Roma Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail del Superiore del Collegio: \_\_\_\_\_

E-mail personale: \_\_\_\_\_ Telefono Cellulare: \_\_\_\_\_

DATI SULLA PROVENIENZA: (Cancelleria, Casa Provinciale, ecc.)

Superiore (Vescovo, Provinciale, ...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs n° 196/2003, autorizzo l'Accademia Alfonsiana ad usare i miei dati personali per tutto ciò che riguarda la mia carriera accademica e per tenermi informato su eventi e notizie tramite le pubblicazioni ufficiali. Autorizzo altresì l'Accademia a notificare i miei voti ai miei diretti Superiori. Le finalità e le modalità del trattamento dei dati sono indicate nell'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n° 196/2003 e da me sottoscritta ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. N° 196/2003.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(SEGUE)

Spazio riservato alla Segreteria dell'Accademia:

<input type="checkbox"/>	Certificato di studi	<input type="checkbox"/>	Baccalaureato
<input type="checkbox"/>	Latino	<input type="checkbox"/>	Extracollegialità
<input type="checkbox"/>	Greco	<input type="checkbox"/>	Permesso di soggiorno
<input type="checkbox"/>	Attestazione del Superiore	<input type="checkbox"/>	Passaporto
<input type="checkbox"/>	Fotografie (4)	<input type="checkbox"/>	Lingua conosciuta _____ (oltre la materna e l'Italiano)
- Tassa d'iscrizione:		<input type="checkbox"/>	Certificato
1) entro il 30/09	€ _____,		pagata il __/__/__
2) dal 01/10 al 6/10 1° parte	€ _____,		pagata il __/__/__
2° parte	€ _____,		pagata il __/__/__
3) dopo il 6/10	€ _____,		pagata il __/__/__

Firma del Segretario: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, in merito all'art. 142 del T.U. 31 agosto 1933 n. 1592, il quale sancisce il divieto di contemporanea iscrizione a diverse Università e/o Istituti di istruzione superiore, dichiara sotto la propria responsabilità di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità sopra accennate.

FIRMA: \_\_\_\_\_