

ACCADEMIA ALFONSIANA
Pontificia Università Lateranense

LICENZA -2° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

COGNOME: _____
(come è sul passaporto/carta d'identità)

NOME: _____

STATUS RELIGIOSO:

Stud. Dioc. Stud. Rel. Laico Religiosa

Sac. Dioc. Sac. Rel. Laica

INDIRIZZO A ROMA:

(da riempire solo in caso
di cambiamento)

Collegio _____ (N° del Coll.: _____)

Via _____

00 _____ - Roma Tel.: _____ Fax: _____

e-mail del Superiore del Collegio: _____

E-mail personale: _____ Telefono cellulare: _____

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:

- Tassa d'iscrizione:			
1) entro il 30/09	€ _____,		pagata il ____/____/____
2) dal 01/10 al 6/10	1ª parte € _____,		pagata il ____/____/____
	2ª parte € _____,		pagata il ____/____/____
3) dopo il 6/10	€ _____,		pagata il ____/____/____
- Diploma di Licenza:	€ _____,		pagato il ____/____/____
<input type="checkbox"/> Extracollegialità	<input type="checkbox"/> Passaporto	<input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno	

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: _____