

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 5/10 1° parte	€ _____,	pagata il ___/___/___
2° parte	€ _____,	pagata il ___/___/___
3) dopo il 5/10	€ _____,	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: _____