

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

**DIPLOMA - 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 della legge n. 675/96, 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.

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"/> Passaporto            |
| <input type="checkbox"/> Attestazione del Superiore | <input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno |
| <input type="checkbox"/> Fotografie (4)             |  |

Tassa d'iscrizione: 1<sup>a</sup> parte - € \_\_\_\_\_ pagata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2<sup>a</sup> parte € \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_