

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: _____

NAZIONALITÀ: _____ CODICE FISCALE: _____

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 e del Reg. UE 276/216, 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. Le finalità e le modalità del trattamento dei dati sono indicate nell'informativa redatta ai sensi della suddetta normativa da me sottoscritta.

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"/> Celebret |
| <input type="checkbox"/> Greco biblico | <input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno / ricevuta <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Attestazione del Superiore | <input type="checkbox"/> Passaporto |
| <input type="checkbox"/> Fotografie (2) | <input type="checkbox"/> Lingua conosciuta _____
(oltre la madrelingua e l'italiano) |
| <input type="checkbox"/> Modulo privacy | <input type="checkbox"/> Certificato italiano A2 |

- Tassa d'iscrizione:

- | | | |
|--------------------------------|----------|-----------------------|
| 1) entro il 28/09 | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 2) dal 01/10 al 04/10 1° parte | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 2° parte | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 3) dopo il 04/10 | € _____, | 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: _____