

ACCADEMIA ALFONSIANA
ad instar Facultatis
Pontificia Università Lateranense

LICENZA – 2° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

COGNOME: _____

(come è sul passaporto/carta d'identità)

NOME: _____

CODICE FISCALE: _____

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 Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs n° 196/2003, come modificato dal D.Lgs n° 101/2018, 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:

- Tassa d'iscrizione:

1) entro fine settembre € _____, pagata il ____/____/____

2) dal 01/10 al 18/10 1^a parte € _____, pagata il ____/____/____

2^a parte € _____, pagata il ____/____/____

3) dopo il 18/10 € _____, pagata il ____/____/____

Celebret Passaporto Permesso di soggiorno

Firma del Segretario: _____

Data: ____/____/____