

ACCADEMIA ALFONSIANA
ad instar Facultatis
Pontificia Università Lateranense

LICENZA – FUORI CORSO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

COGNOME: _____
(come indicato sul documento d'identità)

NOME: _____

CODICE FISCALE: _____

STATUS RELIGIOSO:

Stud. Dioc.	<input type="checkbox"/>	Stud. Rel.	<input type="checkbox"/>	Laico	<input type="checkbox"/>	Religiosa	<input type="checkbox"/>
Sac. Dioc.	<input type="checkbox"/>	Sac. Rel.	<input type="checkbox"/>	Laica	<input type="checkbox"/>		

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 di fuori corso: €. _____, pagata il ____/____/____

- Diploma di Licenza: €. _____, pagato il ____/____/____

Passaporto Permesso di soggiorno

Firma del Segretario: _____ Data: ____/____/____