

ACCADEMIA ALFONSIANA
ad instar Facultatis
Pontificia Università Lateranense

DIPLOMA – 2° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

COGNOME: _____

(come indicato sul documento d'identità)

NOME: _____

STATUS RELIGIOSO:

Stud. Dioc. Stud. Rel. Laico Religiosa

Sac. Dioc. Sac. Rel. Laica

INDIRIZZO A ROMA: Collegio _____ (N° del Coll.: _____)

(da riempire solo in
caso di cambiamento)

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^a parte - € _____, pagata il ____/____/____
 - Tassa d'iscrizione: 2^a parte - € _____, pagata il ____/____/____
 - Diploma di Licenza: € _____, pagato il ____/____/____
- Celebret Passaporto Permesso di soggiorno

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