

UDITORI

ACCADEMIA ALFONSIANA
ad instar Facultatis
Pontificia Università Lateranense

NUMERO DI MATRICOLA: _____

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

NOME: _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____ LUOGO DI NASCITA: _____

NAZIONALITA': _____ 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 _____
____ - 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 _____

indicare il **numero del corso** (o del seminario) e il **nome del Professore**

1. _____ Prof.: _____ 3. _____ Prof.: _____

2. _____ Prof.: _____ 4. _____ Prof.: _____

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: €.: _____ pagata il ___/___/___

- Passaporto
- Permesso di soggiorno
- Modulo privacy

Firma del Segretario: _____ Data: ___/___/___