

ACCADEMIA ALFONSIANA
PONTIFICIO ISTITUTO SUPERIORE DI TEOLOGIA MORALE
ad instar Facultatis

DIPLOMA - 1° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

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

NOME: _____

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

NAZIONALITA': _____

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 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:

- Certificato di studi
- Latino
- Greco
- Attestazione del Superiore
- Fotografie (2)
- Baccalaureato
- Celebret
- Documento d'identità (Passaporto o CI)
- Permesso di soggiorno

Tassa d'iscrizione: 1^a parte - € _____ pagata il ____/____/____

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

Firma del Segretario: _____

Data: ____/____/____