

ACCADEMIA ALFONSIANA
PONTIFICIO ISTITUTO SUPERIORE DI TEOLOGIA MORALE
ad instar Facultatis

LICENZA – 1° ANNO

NUMERO DI MATRICOLA: _____

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

NOME: _____

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

NAZIONALITÀ: _____ 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"/>		

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:

- | | |
|--|--|
| O D | O D |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificato di studi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baccalaureato |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latino | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Celebret |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Greco biblico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno / ricevuta <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attestazione del Superiore | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento d'identità (Passaporto o CI) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fotografie (2) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lingua conosciuta _____
(oltre la madrelingua e l'italiano) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Modulo privacy | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificato italiano A2 |

- Tassa d'iscrizione:

- | | | |
|--------------------------------|----------|-----------------------|
| 1) entro il 30/09 | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 2) dal 01/10 al 17/10 1° parte | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 2° parte | € _____, | pagata il ___/___/___ |
| 3) dopo il 17/10 | € _____, | pagata il ___/___/___ |

Firma del Segretario: _____

Data: ___/___/___