

**ACCADEMIA ALFONSIANA**  
**PONTIFICIO ISTITUTO SUPERIORE DI TEOLOGIA MORALE**  
*ad instar Facultatis*

**UDITORI**

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Documento d'identità
- Permesso di soggiorno
- Modulo privacy

Firma del Segretario: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_