

Istituto Superiore di Scienze Religiose
"B. Niccolò Stenone"
collegato con la Facoltà Teologica dell'Italia Centrale

AL DIRETTORE

__ I __ sottoscritt_
Nat_ a (Prov.) il
residente in C.A.P. _ _ _ _
Vian. Cittadinanza
Domiciliato in (se diverso dalla residenza) C.A.P. _ _ _ _
Presso (Istituto religioso o collegio universitario)
Via n. Città C.A.P. _ _ _ _
Diocesi di
Tel. Cell. email

CHIEDE

di, essere ammess__ per l'Anno Accademico 20__/20__ al _____ anno **FUORI CORSO** del
.....per il conseguimento della
in Scienze Religiose, in qualità di studente ordinario.

DICHIARA

✓ di essere a conoscenza del divieto di iscrizione contemporanea ad altre Università statali, Istituti o facoltà teologiche ;

✓ di prendere atto che ai sensi del D.L.vo 196/2003 i dati sopra riportati sono utilizzati ai fini per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Istituto Superiore di Scienze religiose "Beato Niccolò Stesone" di Pisa.

Pisa,

Firma

Timbro e firma del funzionario accettante

Eventuali note

A cura della segreteria

Pagamento dovuto €

Saldo al momento dell'iscrizione [SI] [NO]

Prima rata (50% all'iscrizione) €

Seconda rata (entro 30/12) € data