

Al Direttore
dell'Accademia di Belle Arti di Lecce
Via G. Libertini, 3
73100 Lecce

I sottoscritt _____
nato il ____ / ____ / ____ a _____ Prov. di _____,
tel. _____ cell. _____ e-mail _____,
n. matricola _____, iscritto/-a nell'anno accademico ____ / ____ al _____ anno del
Corso di _____

chiede

l'iscrizione ai seguenti corsi di studio a scelta (almeno 10 crediti e non più di 18 per il corso
Triennale; Laboratorio – per il corso Biennale):

1. _____;
2. _____;
3. _____

Lecce, ____ / ____ / ____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
