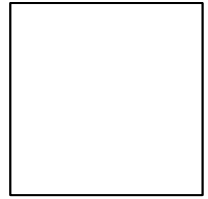




Accademia di Belle Arti di Lecce
Via Libertini, 3 – 73100 Lecce
0832/258611 – fax 0832/258636
e-mail: immatricolazioni@accademialecce.it



DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE A.A. ____/____

Diploma Accademico di 2° livello indirizzo:

.....

Il/La sottoscritto/a _____

Matricola numero (a cura della Segreteria) _____ **Sesso** _____

Nato/a _____ **(PV o stato estero)** _____ **il** ____/____/____

Residente a _____ **(PV o stato estero)** _____

In via/Piazza _____ **n.** _____ **tel** _____

Cell. _____ **e-mail(scrivere in modo leggibile)** _____

Cittadinanza _____

Domicilio(se diverso da residenza) _____ **cap** _____ **prov.** _____

Via/piazza _____ **n.** _____ **tel.** _____

Chiede l'iscrizione al

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Conseguito presso _____

Nell'a.a. _____ votazione _____

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità di non essere iscritto/a in nessun altro istituto di istruzione superiore o università degli studi.

Allega alla domanda:

- Dichiarazione sostitutiva del titolo di maturità;
- Fotocopia di un documento valido di identità personale;
- Ricevute dei versamenti previsti dal regolamento di tasse e contributi in vigore;
- N.2 foto formato tessera;
- Modello ISEE 2016;
- Marca da bollo di € 16.00
- Dichiarazione di borsa di studio Adisu (eventuale)

Le domande incomplete anche di un solo dato o di un solo versamento non saranno ritirate dalla segreteria.

La presente domanda dovrà essere consegnata in segreteria entro e non oltre il 16 ottobre 2017 nei giorni e orari di sportello oppure inviata per email (corredata dalle documentazioni previste) al seguente indirizzo: immatricolazioni@accademialecce.it.

Data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
CONSEGUIMENTO MATURITÀ
(ai sensi degli articoli 40 e 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ (_____)
il _____, residente a _____ (_____), C.A.P. _____,
in via _____,

DICHIARA

di aver conseguito il diploma di maturità _____
presso _____
con sede a _____ (_____)
C.A.P. _____ in via _____
nell'a.s. _____ e di aver riportato la votazione di _____/_____.

Dichiara inoltre che la durata legale del corso è di anni _____.

Dichiara infine:

- ❖ di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- ❖ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione è stata resa (art. 13 D.Lgs. 196/2003).

Luogo e data _____, ____/____/2017

firma
