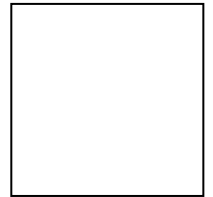




Accademia di Belle Arti di Lecce
Via Libertini,3 – 73100 Lecce
0832/258611 – fax 0832/258636

e-mail: protocollo@accademiabelleartilecce.com



DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE A.A. _____/_____

Al corso sperimentale di Diploma Accademico di 2° livello in Arti visive e discipline dello spettacolo 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 _____

C h i e d e l'iscrizione al PRIMO ANNO

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 i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva del titolo di studio;
- Fotocopia di un documento valido di identità personale;
- Ricevute dei versamenti previsti dal regolamento di tasse e contributi;
- N.2 foto formato tessera;
- Modello ISEE 2013;
- Marca da bollo di €.16,00.
- Dichiarazione di presentazione borsa di studio ADISU;
- Altro _____

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 10.10.2014

Data

Firma

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003, i dati raccolti saranno trattati dall'Accademia di Belle Arti di Lecce per l'integrale esecuzione del rapporto scolastico, per ottemperare ad obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o normativa comunitaria.

Firma

REQUISITI DI MERITO

- o **Da compilare solo per gli iscritti al primo anno di biennio**

Di aver conseguito il diploma di primo livello con la votazione di

_____/_____

REQUISITI DI REDDITO

**Il sottoscritto dichiara che il proprio nucleo familiare è composto da n.....persone
che il reddito complessivo dichiarato nel 2013 è di €.....
E che il reddito ISEE è di €.....
Pertanto chiede l'esonero del pagamento della tassa di €.....
E del contributo di €.....**

Data

Firma