



**FACOLTA' VALDESE DI TEOLOGIA**

VIA PIETRO COSSA, 42

00193 ROMA

[AMMINISTRAZIONE@FACOLTAVALDESE.ORG](mailto:AMMINISTRAZIONE@FACOLTAVALDESE.ORG)

UFFICIO: +39-06-32.10.789

**UDITORE**

Anno Accademico 20\_ 20\_

Semestre \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a alla frequenza del/dei seguente/i corso/i in qualità di uditore.

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

Inoltre dichiara di essere immatricolato al corso di Laurea in Scienze bibliche e teologiche:

NO                      SI        dall'A.A. \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_