



FACOLTA' VALDESE DI TEOLOGIA

VIA PIETRO COSSA, 42

00193 ROMA

AMMINISTRAZIONE@FACOLTAVALDESE.ORG

UFFICIO: +39-06-32.10.789

UDITORE

Anno Accademico 2018- 2019

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 _____