



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

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE A.A.** \_\_\_\_/\_\_\_\_

Diploma Accademico di 1° 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](mailto: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 \_\_\_\_\_