

**Al Direttore
dell'Accademia di Belle Arti di Lecce
Via G. Libertini, 3
73100 Lecce**

Il sottoscritt _____
nato il ____/____/____ a _____ Prov. di _____,
tel. _____ cell. _____ e-mail _____,
n. matricola _____, iscritto/-a nell'anno accademico ____/____ al _____ anno del
Corso di _____

chiede

l'iscrizione ai seguenti corsi di studio a scelta (almeno 10 crediti e non più di 18 per il corso

Triennale; Laboratorio – per il corso Biennale):

1. _____;
2. _____;
3. _____

Lecce, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
