

SIENA JAZZ

ACCADEMIA NAZIONALE DEL JAZZ

TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO

Anno Accademico /

Il/la sottoscritt

NOME:

COGNOME:

NATO A:

IL:

 (gg/mm/aaaa)

RESIDENTE A:

INDIRIZZO:

COMUNE:

CAP:

PROVINCIA:

 (sigla)

TELEFONO:

CELLULARE:

E-MAIL:

NAZIONALITÀ:

CODICE FISCALE:

Iscritto/a al corso di Diploma accademico biennale di 2° Livello

relativo alla scuola di

per l'anno accademico

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO presso

Dichiara di essere a conoscenza:

- 1 che la richiesta deve essere inoltrata entro il **31 luglio** del corrente anno accademico
- 2 che l'autorizzazione è subordinata al regolare pagamento delle quote di frequenza dell'anno accademico in corso
- 3 che non saranno accettate domande incomplete o pervenute oltre i termini
- 4 del "Regolamento contribuzione studentesca" e di accettarlo in tutte le sue parti
- 5 di dover pagare contestualmente all'invio del presente modulo, € 150,00 come oneri amministrativi.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia del pagamento effettuato

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA