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 triennale di 1° 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 ____

SIENA JAZZ • Fortezza Medicea, 10 • 53100 SIENA • Tel. +39 0577 271401 • Fax. +39 0577 271404
Email: info@sienajazz.it • http://www.sienajazz.it