

SIENA JAZZ

ACCADEMIA NAZIONALE DEL JAZZ

RICHIESTA SOSPENSIONE DELLA CARRIERA

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

LA SOSPENSIONE DELLA PROPRIA CARRIERA

DICHIARA:

- di essere a conoscenza che la richiesta deve essere inoltrata dal **15 luglio** al **15 agosto** del corrente anno accademico

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA