

**Arcidiocesi di Milano**

**Scuola della Cattedrale**

**Istituto Superiore di Scienze**

**Religiose di Milano**

**Centro Pastorale Università  
Cattolica di Milano**

**Domanda di iscrizione alla *Scuola biblica nella città – anno 2015/2016***

Il Sottoscritto .....

cognome

nome

nato a ..... (.....) il .....

comune

provincia

codice fiscale.....

abitante a ..... (.....) .....

comune

provincia

codice postale

Via..... n. .... Tel.....

Indirizzo e-mail..... Cell.....

**Titoli di studio.....**

(obbligatorio solo per chi intende sostenere gli esami)

chiede di essere ammesso alle lezioni del corso:

**La vita del profeta e il ministero apostolico**

Milano,..... Firma .....

Il trattamento dei suoi dati personali viene svolto nell'ambito della banca dati dell'Arcidiocesi di Milano e dell'Istituto Superiore di Scienze Religiose di Milano nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto generale della C.E.I sulla riservatezza e del D.Lgs n.196 del 2003 sulla tutela dei dati personali. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione.

Firma.....