

# Istituto Suore Francescane Ospedaliere di Santa Chiara

## “Pensionato – Casa di Accoglienza”

Via della Faggiola, 27 56126 Pisa

Tel: 050/561814 -552724 Fax: 050/834319

web: [www.suoresantachiara.it](http://www.suoresantachiara.it) email: [pensionatouniversitario@suoresantachiara.it](mailto:pensionatouniversitario@suoresantachiara.it)

### Domanda di iscrizione

(da compilare a stampatello)

La sottoscritta, (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nata il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in (Comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
residente in (Via) \_\_\_\_\_ a (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_  
doc. di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero documento \_\_\_\_\_  
Autorità che ha rilasciato il documento \_\_\_\_\_ data di rilascio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### C H I E D E

di essere accolta presso codesto istituto impegnandosi ad osservare il Regolamento di cui ha preso visione, il tutto secondo le Norme Amministrative allegate.

Dichiara di autorizzare l'utilizzo dei dati personali esclusivamente per gli scopi e fini espressamente dichiarati ai sensi del D. Lgs. 696/2003 nell'informativa che ha sottoscritto con la presente domanda.

Dichiara di essere iscritta alla facoltà di \_\_\_\_\_  
anno di frequenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nome del Genitore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nome del Genitore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda deve essere restituita compilata e consegnata insieme all'informativa sul trattamento dei dati, allegata, entro e non oltre il 31 Maggio p.v.