



ACCADEMIADIBELLEARTIDIROMA

C.F. 80228830586-Via Ripetta n.222,00186 ROMA Tel. 06/3227025-

06/3227036-Fax. 06/3218007 www.abaroma.it-

abaroma@pec.accademiabelleartiroma.it

Si dichiara che lo/a studente/ssa _____,

matricola _____, regolarmente iscritto/a al biennio/ triennio di

_____, si è presentato/a presso

l'Accademia di Belle Arti di Roma per seguire le lezioni di _____

_____ nei seguenti giorni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si rilascia la presente dichiarazione a richiesta dell'interessato per usi lavorativi

☐ Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679

Data, ____/____/____

Firma docente