Al Direttore

Dell’Accademia di Belle Arti

Frosinone

Il/La sottoscritto / a

nato/a a ……………………………………..…………………………………………………….……(prov. …………..) il

residente a ……………………………………………………………………………………………………………………………… (prov. ), via………....……………………………………………………………………………………………………………………………………… n , tel …………………………………………………… Email

(per gli studenti dell’Accademia di belle arti di Frosinone) matricola

**CHIEDE** alla S.V. di poter frequentare presso Accademia di Belle Arti di Frosinone per l’A.A.   
il **WORKSHOP DI**

Il/la sottoscritto/a si assume inoltre le responsabilità, sollevando l’Amministrazione da ogni eventuale problema che potrebbe verificarsi durante la sua presenza in Accademia.

Con Osservanza

Frosinone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_