



Centre d'examen : **Alliance Française «Galliera» de Gênes**
Via Garibaldi 20 – 16124 Genova
Tel: 010 247 63 36 – Fax : 010 247 63 95 Email: info@alliancefrge.it

Centre de passation : **Alliance Française de La Spezia**
Via Aldo Ferrari, 37 (c/o Liceo Mazzini)- La Spezia
Tel: 3662483737 - Email: alliancefr.sp@gmail.com

Sede d'esame : La Spezia

Scheda d'iscrizione al DELFL SCOLAIRE
(da compilare in stampatello)

COGNOME *: **NOME ***:

Nazionalità:* Maschio : Femmina: *

Data di nascita : ___/___/___/ Città di nascita * : Stato * :

Indirizzo *

Codice postale:* Città:* Provincia*

Email: Telefono:*

N° candidato (indicare solo se ha già sostenuto un esame Delf in passato anche in un'altra sede):

.....

Desidera iscriversi alla sessione di :

NOVEMBRE 2019 FEBBRAIO 2020 MAGGIO 2020

Diploma e tariffa *:

	DELFL A1	DELFL A2	DELFL B1	DELFL B2
tariffa ridotta	50 euro	55 euro	85 euro	115 euro
indicare il diploma con una crocetta				

- iscritto/a all'Alliance Française di La Spezia
- iscritto/a a un istituto scolastico secondario

Precisare il nome della scuola e la città:

Nome dell'insegnante di francese:

Il pagamento della quota d'iscrizione può essere eseguito tramite bonifico (spese a carico del candidato) presso la Banca Intesa Sanpaolo - Codice IBAN : IT87C0306909606100000147329 Causale: **Certificazione DELF SCOLAIRE (specificando **il COGNOME e il NOME del CANDIDATO e la SCUOLA**)**

L'iscrizione è valida solo dopo il versamento della quota d'esame. In caso di ritiro l'iscrizione non verrà rimborsata. Se l'assenza è giustificata con un certificato medico inviato entro 48 ore sarà mantenuto valido il pagamento per la sessione d'esame successivo.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Data..... Firma:.....

Parte riservata al centro d'esame

Tassa d'iscrizione: _____,

Modalità di pagamento: _____

Genova, li ____/____/____

N° d'iscrizione: _____

*** dati obbligatori**