



# MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

## ESAMI BULATS

### ALLIANCE FRANÇAISE

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

**Residenza:**

Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ N° Civ. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Occupazione : \_\_\_\_\_

Esame Lingua:  FRANCESE

Prova:  Reading and Listening

**Tutti i campi sono obbligatori**

*Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:  
in merito al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'Informativa sulla Privacy di registrazione per il rilascio  
dell'attestato di Certificazione linguistica scelto tra quelli sopra indicati*

*X Presta il consenso  Nega in consenso*

*al compimento di ricerche di mercato e/o svolgimento di attività promozionali*

*X Presta il consenso  Nega in consenso*

**Luogo e data di sottoscrizione:** \_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma Candidato:** \_\_\_\_\_

*Si allega copia del documento d'identità in corso di validità*

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Modalità di pagamento:</b> | <b>IBAN</b> IT 15 S 03359 01600 100000136992<br>Intestato a : ERFAP UIL CAMPANIA<br>PLE IMMACOLATELLA NUOVA, 5 - 80133 – Napoli |
|-------------------------------|---|

