



MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

ESAMI BULATS

CAMBRIDGE

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: INGLESE

Prova: Reading and Listening Writing, Speaking

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

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



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Authorized BULATS Agent