|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISCRIZIONE ESAMI ÖSD** | | | | |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □M □ F | | | | |
| residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia/nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| in qualità di: | | | | |
| □ utente interno | | □ utente esterno | | |
| **CHIEDE DI SOSTENERE** | | | | |
| l’esame **ÖSD** di livello: | | | **Intern** | **Extern** |
| □ | B1 Zertifikat Deutsch (intero) | | € 90.00 | € 100.00 |
| □ | B1 Zertifikat Deutsch (a moduli) □ lettura □ ascolto □ scrittura □ orale | | € 25.00  X MODULO | € 30.00  X MODULO |
| La quota di partecipazione è da versare sul C/c Postale \* entro il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| *\* Sarà cura dell’Istituto confermare la data dell’esame* | | | | |
| I dati resi per mezzo della presente dichiarazione verranno utilizzati esclusivamente si fini dell’espletamento dei procedimenti amministrativi predisposti dall’istituto istruzione superiore “V.Capirola” di Leno . In relazione al trattamento dei dati, l’utente interessato è titolare di una serie di diritti dettagliatamente elencati dall’art.13 della Lg 678/96. | | | | |
| Allegare alla presente ricevuta di versamento : \* IBAN IT 08 E 07611 1200000011890258  Causale Esame ÖSD (specificando il tipo di esame) Nome e Cognome di chi sostiene l’esame | | | | |
| Leno / Ghedi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |