

**CERTIFICAZIONE DITALS DI II LIVELLO
PER LA SCUOLA ITALIANA
SESSIONE DEL _____**

Ripetizione parziale o totale delle sezioni

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ESAME PRESSO _____
(indicare la denominazione della SEDE convenzionata presso la quale si intende sostenere l'esame)

Il/La sottoscritt* _____
(cognome) (nome)
(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 dello stesso)

DICHIARA
di essere nat* a _____ il _____
(città) (nazione) (data)
di cittadinanza _____ di essere residente in _____
(città)

(indirizzo)

tel. _____ e-mail _____

CHIEDE DI SOSTENERE DI NUOVO LE SEGUENTI SEZIONI:

Sezione A

Sezione B

Sezione C

Sezione D

Il/La sottoscritt* _____

☐ dichiara di aver letto e accettato i punti sotto elencati:

- L'eventuale rinuncia all'esame può essere effettuata **esclusivamente 15 gg.** prima della data di esame. ENTRO TALE TERMINE DEVE ESSERE comunicata a segrditals@unistrasi.it. Dopo la scadenza il candidato è tenuto a pagare la tassa di esame;
- Il candidato assente il giorno dell'esame potrà ottenere un congelamento della tassa di esame SOLO inviando a segrditals@unistrasi.it entro 15 gg una documentazione giustificativa della sua assenza per motivi di malattia o lavoro. Il candidato in tal caso otterrà un posticipo e potrà ripresentarsi per sostenere l'esame **entro un anno** nella stessa sede di esame;
- La tassa di preiscrizione **non** è rimborsabile
- La tassa di preiscrizione **non** è applicata per le eventuali ripetizioni di prove non superate.

☐ dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679, per finalità inerenti ai compiti istituzionali dell'amministrazione e che potranno inoltre essere comunicati alle amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o comunque nel caso sia necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali. Dichiara inoltre di esprimere il proprio consenso alla trasmissione del nome, cognome ed indirizzo a ditte o enti che ne facciano richiesta e che dichiarino di utilizzare i dati forniti solo al fine di attivare eventuali rapporti di lavoro o pubblicizzare attività formative/culturali. Il/La sottoscritt* si riserva i diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 679/2016.

(data) ____/____/____

Il/La dichiarante (firma leggibile e per esteso)

Allegare la fotocopia di un documento di identità