  

**CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Matricola |  |

a cura dell’Ufficio

**Il/la sottoscritto/a**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Cognome |  | | | |
|  |  | | | |
| \*Nome |  | | | |
|  |  | | | |
| \*Sesso |  |
|  |  | | | |
| \*Data di nascita |  | |
|  |  | | | |
| \*Luogo di nascita |  | | |
|  |  | | |
| \*Nazione |  | | |
|  |  | | |
| \*Cittadinanza |  | | |
|  |  | | |
| \*Seconda Cittadinanza |  | | |

**CHIEDE L’ISCRIZIONE ALLLA SESSIONE D’ESAME DEL 04 GIUGNO 2020**

per il livello **B1 CITTADINANZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*Codice fiscale |  | | |
|  | |  | |
| \*residente a |  | | | CAP | |  | | Prov. | |  | |
|  | |  | |
| \*in via |  | | | | | | n° | |  | |
|  |  | |  | | | | | |  | |
| \*tel. cellulare 1 |  | | tel. cellulare 2 | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | |
| \*e-mail |  | | | | | | | | | |

Quota iscrizione  € 100 Cittadinanza pagamento: bollettino postale  bonifico bancario

Gavardo, Firma ………………………………………..

\*CAMPI OBBLIGATORI

NB: SCRIVERE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

*L'Informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE potrà essere consultata nel link:* https://www.unistrasi.it/l/492/Privacy.htm

Il *Sottoscritto*

*dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali n. 20 I 6/679, così come coordinato con il d. lgs. n. 196/2003, per finalità inerenti ai*

*compiti istituzionali dell'amministrazione e che i dati stessi 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 delle proprie generalità e recapiti a imprese o enti che ne facciano richiesta e che dichiarino di utilizzare* i *dati forniti solamente per la possibilità di attivare eventuali rapporti di lavoro ovvero di pubblicizzare attività formative/culturali.*

*Il Sottoscritto si riserva* i *diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 2016/679.*

*Gavardo,*

……………………………………………………………………….

*Dichiarante (firma leggibile e per esteso)*

**DOCUMENTI DA ALLEGARE E INVIARE CON LA PRESENTE RICHIESTA:**

**1 COPIA CARTA D'IDENTITA'**

**2 COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO**

**3 COPIA CODICE FISCALE**

**4 COPIA RICEVUTA DI PAGAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO DELL’ESAME : | | **GIOVEDÌ 4 GIUGNO 2020** | | ORE | **08:30** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| SEDE: | **SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI GAVARDO** | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **VIA DOSSOLO, 41 GAVARDO** | | | | | |  |  |

**PRESENTARSI MUNITI DI DOCUMENTO D’ IDENTITÀ VALIDO**

**LE PROVE INIZIERANNO ALLE ORE 9:00**

**PER INFORMAZIONI: tel. 0365/34272**

e-mail: [*bsmm205007@istruzione.it*](mailto:bsmm205007@istruzione.it)

***Vista la grave situazione sanitaria, la data dell’esame potrebbe subire delle variazioni in base alle prescrizioni e ordinanze dell’Autorità competente.***