**English Language Centre**

21100 Varese – Via G. Donizetti 6 Tel. 0332/282732

e-mail: elc@elcro.it – [www.elcvarese.it](http://www.elcvarese.it)

**Modulo di iscrizione individuale**

Nome e Cognome del candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **includere secondi nomi e cognomi se presenti su documento d’identità**

Nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_ ) CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO ALL’ESAME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Starters** | **Movers** | **Flyers** | **KET** | **PET** | **FCE** | **CAE** | **CPE** | **Altro** |

Nella sessione del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di versare la tassa di iscrizione di € \_\_\_\_\_(+ €2,00 Imposta Bollo per importi superiori ad € 77,47 così come stabilito dal DM 24/05/2005) sul nostro conto corrente bancario

**Banca Intesa San Paolo Varese** - **Conto intestato a English Language Centre s.a.s.**

Iban: **IT65 N030 6910 8101 0000 0008 195**

Causale: **COGNOME, NOME, ESAME, DATA ESAME, ISTITUTO SCOLASTICO (se si è iscritti dal proprio istituto)**

 Tramite bonifico bancario di cui allego copia

⃝ Dichiaro di essere stato messo a conoscenza del fatto che la prova di Speaking potrebbe essere fissata una settimana prima della data dell’esame e fino ad una settimana dopo.

⃝ Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che la mia iscrizione è valida per la sessione in oggetto e non può essere trasferita ad altra sessione.

 Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che in caso di assenza dovuta a malattia a fronte di certificato medico, avrò diritto ad un voucher pari al 50% della quota versata da poter utilizzare per una iscrizione ad una Certificazione di pari o altro livello.

⃝ Dichiaro che la English Language Centre, Via Donizetti n° 6, 21100 Varese (VA)

 è autorizzata al trattamento dei dati personali da me forniti per i soli fini legati all’iscrizione, allo svolgimento delle prove e alla trasmissione dei risultati relativi all’esame, ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196.

In caso di mancata accettazione del regolamento o di mancata autorizzazione al trattamento dei dati personali l’iscrizione non verrà considerata valida.

La presente iscrizione va inviata **entro e non oltre la data di termine iscrizione dell’esame** di riferimento esamicambridge@elcro.it

È altresì possibile formalizzare l’iscrizione all’esame prescelto direttamente presso il nostro Istituto.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*I dati anagrafici sono necessari per la regolamentazione fiscale secondo la “Legge 19 dicembre 2019, n. 157. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 26 ottobre 2019, n. 124, recante disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili”*