

DATI CANDIDATO – ESAME CAMBRIDGE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

CF _____ RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____

EMAIL _____

RECAPITO TELEFONICO _____

SCUOLA DI APPARTENENZA _____

CENTRO PREPARAZIONE CAMBRIDGE _____

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA SESSIONE ESAME CAMBRIDGE LIVELLO _____

VERSIONE PAPER BASED/COMPUTER BASED - DEL _____

IMPORTO _____ + **2,00 BOLLO** PER FATTURA ELETTRONICA PER IMPORTI SUPERIORI A EURO 76,00

Coordinate Bancarie:

A.L.I. ACADEMIA LINGUISTICA INTERNACIONAL DI ROSSI

BANCA BPER

IBAN IT 48 L 05387 41351 00004 75765 93 (CAUSALE: nome e cognome del candidato, data dell'esame e tipo d'esame)

In caso di assenza, esclusivamente per motivi di salute e dietro presentazione di un certificato medico entro 3 giorni lavorativi dalla data d'esame, i candidati avranno diritto all'iscrizione alla sessione successiva pagando solamente una quota di riapertura pratica pari a 30€ per qualsiasi livello d'esame.

FIRMA CANDIDATO _____ FIRMA GENITORE _____