

CERTIFICAZIONE DITALS DI II LIVELLO sessione del 21 febbraio 2025

Modulo di iscrizione

Ripetizione parziale o totale delle sezioni

presso _____

(indicare la denominazione della SEDE convenzionata presso la quale si intende sostenere l'esame)

l 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 nato/a a _____ il _____ di cittadinanza _____

e di essere residente in _____

tel. _____ e-mail _____

e chiede di sostenere di nuovo le seguenti sezioni:

Sezione A

Sezione B

Sezione C

Sezione D

Data ____ / ____ / ____

Il dichiarante

(firma leggibile e per esteso)

.l. sottoscritt _____

dichiara di aver letto e accettato i punti sotto elencati:

- L'eventuale rinuncia all'esame può essere effettuata **esclusivamente 25 gg. prima** della data di esame E DEVE ESSERE comunicata a segrditals@unistrasi.it ENTRO TALE TERMINE. 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 per alcun motivo, **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 sottoscritto si riserva i diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 679/2016.

(data) ____ / ____ / ____

Il dichiarante (firma leggibile e per esteso) _____

Allegare la fotocopia di un documento di identità