

COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
LINGUA MADRE	NAZIONALITA'
INDIRIZZO	CITTA'/CAP
EMAIL	TEL
CODICE FISCALE	PROFESSIONE

Chiedo l'ISCRIZIONE al DFP – Sessione di : _____

Sono consapevole che in nessun caso la quota dell'esame verrà rimborsata. Per eventuali sopraggiunti problemi di salute/lavoro e su presentazione di documento giustificativo, l'Alliance Française de la Vallée d'Aoste potrà provvedere – secondo suo insindacabile giudizio - alla proroga dell'iscrizione alla sessione successiva a quella d'iscrizione.

LIVELLO	TARIFFA
A2	<input type="checkbox"/> 115€
B1	<input type="checkbox"/> 120€
B1 turismo	<input type="checkbox"/> 140€
B1 tecnico	<input type="checkbox"/> 140€
B1 segreteria (adulti)	<input type="checkbox"/> 140€
B2 affari (adulti)	<input type="checkbox"/> 140€
B2 medico	<input type="checkbox"/> 140€
B2 giuridico	<input type="checkbox"/> 140€

NOTA BENE : la CCI di Parigi richiede un supplemento di 50€ in caso di un unico iscritto ; un supplemento di 25€ (a persona) in caso di due iscritti ; nessun supplemento a partire da 3 iscritti.

PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> CARTA /BANCOMAT Presso la segreteria dell'Alliance Française	<input type="checkbox"/> BONIFICO sul c/c IT81 F08587 0121 1000 110 193540 INTESTATO A Alliance Française de la Vallée d'Aoste, presso BCCValdostana, piazza Arco d'Augusto – Aosta

Autorizzo al trattamento dei miei dati ai sensi della legge 196/2003

Aosta , il _____ Firma _____

