

**MODULO ISCRIZIONE TCF IRN****SESSIONE DI:**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CITTÀ

CAP

EMAIL

TEL.

LINGUA MADRE

NAZIONALITÀ

**PROVE OBBLIGATORIE**

Comprensione orale

Comprensione scritta

Espressione orale

Espressione scritta

**TARIFFA 170€**

Il giorno dell'esame verrà fatta una foto al candidato, dopo averne verificato l'identità, che servirà per il rilascio dell'attestato finale.

**METODO DI PAGAMENTO** BONIFICO BANCARIO  
(Specificare la causale del pagamento) CONTANTI CARTA DI CREDITO/BANCOMAT

Luogo e data

Firma dell'interessato maggiorenne  
o del genitore / tutore del minore

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679). Il trattamento dei dati personali è svolto in conformità al GDPR da parte del mittente che ha reso disponibile l'informativa agli interessati (a richiesta)