



SOCIETÀ DANTE ALIGHIERI
COMITATO DI VANCOUVER

MODULO D'ISCRIZIONE ESAMI DI CERTIFICAZIONE PLIDA

PER FAVORE SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE

NOME: _____

COGNOME: _____

Data di nascita: Giorno: _____ **Mese:** _____ **Anno:** _____

Luogo di nascita: Città: _____ **Paese:** _____

Indirizzo completo *valido per i prossimi 6 mesi:*

E-mail: _____

Telefono: _____

Livello di esame e data

PLIDA A1 - data _____

PLIDA A2 - data _____

PLIDA B1 - data _____

PLIDA B2 - data _____

PLIDA C1 - data _____

PLIDA C2 - data _____

Data: _____

Firma: _____

Si prega di compilare il modulo d'iscrizione e inviarlo all'indirizzo info@dantesocietybc.ca **insieme alla conferma del pagamento** effettuato via *Interac e-Transfer®* sul conto info@dantesocietybc.ca

Si prega di notare che le quote d'iscrizione non possono essere rimborsate, ma solo utilizzate per un'altra sessione di esami PLIDA.