

## ALLIANCE FRANÇAISE DE BIELLA

Via Pietro Micca, 24 - 13900 Biella - Tel. 015 35 27 00 - e-mail: [esadelfdalf.afbi@gmail.com](mailto:esadelfdalf.afbi@gmail.com)  
 sito web: [www.alliancefrbiella.it](http://www.alliancefrbiella.it)

### Scheda di iscrizione alle certificazioni di lingua francese da consegnare in sede o rispedire via mail con copia del bonifico effettuato della banca

<b>DELF-DALF Tous Publics - Quadro Europeo</b> <b>Centre d'examen: Alliance Française de Biella</b>		
<b>ANNO ACCADEMICO 20... - 20...</b>		
<b>Sessione :</b>	<input type="checkbox"/> <b>NOVEMBRE</b>	<input type="checkbox"/> <b>FEBBRAIO</b> <input type="checkbox"/> <b>MAGGIO</b>

Cognome (in stampatello)..... Nome..... F ( ) M ( )  
 Data di nascita ..... Nazionalità.....  
 Luogo di nascita (città + provincia + paese).....  
 Indirizzo:..... CAP..... Città:.....  
 Telefono: ..... E-mail:.....  
**Numero di iscrizione (indispensabile per chi ha già sostenuto esami DELF):.....**

DESIDERA ISCRIVERSI A \* (*crociare il livello scelto*)

**DELF - A1**       **DELF - B1**       **DELF - C1**      Opzione:  lettres et sciences humaines  
 **DELF - A2**       **DELF - B2**       **DELF - C2**       sciences

TARIFFE	DELF A1	DELF A2	DELF B1	DELF B2	DELF C1 – C2
Intera	60 €	65 €	105 €	135 €	175 €
Ridotta	50 €	55 €	85 €	115 €	145 €

L'iscrizione è **VALIDA** solo dopo il versamento della quota d'esame. In caso di ritiro, la tassa di iscrizione **non** verrà rimborsata né potrà essere tenuta valida per la sessione successiva, salvo eccezione in caso di malattia dietro presentazione di **certificato medico** (leggere REGOLAMENTO sul sito → centro esami).

**Preso visione del Regolamento, sottoscrivo per accettazione. Firma.....**

Il pagamento può essere effettuato in contanti, con assegno, oppure tramite bonifico **indicando la causale con nome e cognome del candidato.**

**Dati per il bonifico:**

BANCA SELLA, BI 02 - Piazza Martiri (Biella),

**IBAN: IT 55 H 03268 22311 001844354860**

Intestato a ALLIANCE FRANCAISE, COMITE DE BIELLA

**Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 – Regolamento 2016/679/UE**

Data ..... Firma per presa visione: .....

(*Da compilarsi a cura della segreteria dell'Alliance Française*)

Tassa di iscrizione: ..... Ricevuta n° ..... **N° di iscrizione: 039 015 - .....**

Data:.....