

## ALLIANCE FRANÇAISE DE BIELLA

Via Ivrea, 71 - 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

**DELFDALF Tous Publics - Quadro Europeo**  
**Centre d'examen: Alliance Française de Biella**

**ANNO ACCADEMICO 20... - 20...**

**Sessione :**     **NOVEMBRE**             **FEBBRAIO**             **MAGGIO**

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*)

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

TARIFFE	DELFDALF A1	DELFDALF A2	DELFDALF B1	DELFDALF B2	DELFDALF C1 – C2
Intera	66 €	76 €	116 €	143 €	180 €
Ridotta	59,40 €	68,40 €	98,60 €	121,55 €	162 €

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:.....