



## SCHEDA ISCRIZIONE ESAME DILS-PG (II livello)

### Dati anagrafici

Numero di matricola (solo per chi ha già sostenuto un esame)	
COGNOME	
NOME	
DATA di NASCITA	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LUOGO di NASCITA	
STATO di NASCITA	
STATO di RESIDENZA	
TELEFONO	
E-MAIL	
DATA DELL'ESAME	

### Iscrizione esame

CODICE SEDE		DATA ESAME	
-------------	--	------------	--

Con la presente dichiaro di aver preso visione e di accettare tutte le norme contenute nel regolamento relativo alla Certificazione in "Didattica dell'Italiano Lingua Straniera" pubblicato nel sito [www.cvcl.it](http://www.cvcl.it)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

PROTEZIONE DATI PERSONALI - Consapevole dell'importanza di poter esercitare i diritti d'accesso ai trattamenti dei miei dati (Art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo) ho letto l'informativa sulle modalità di trattamento dei dati personali a voi forniti per questa iscrizione, nel testo pubblicato all'indirizzo <https://www.unistrapg.it/node/4947> ed affisso in ogni Sede d'Esame convenzionata.

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che le risposte fornite nella prova d'esame potranno essere utilizzate a fini di ricerca garantendo l'anonimato del candidato, secondo quanto riportato nell'informativa suddetta, e

acconsento  SI  NO a questo trattamento.

Firma del Candidato

\_\_\_\_\_





Non essendo in possesso di un titolo specifico per l'insegnamento dell'italiano a stranieri, dichiara di aver insegnato:

italiano a stranieri per un totale di ..... ore presso le seguenti scuole:  
.....  
.....  
.....

italiano in classi con un'alta percentuale di alunni stranieri per un totale di ..... ore presso le seguenti scuole:  
.....  
.....  
.....

..... (specificare la lingua straniera) per un totale di ..... ore presso le seguenti scuole:  
.....  
.....  
.....

Dichiara altresì che i seguenti certificati di servizio attestanti le ore di esperienza svolte presso istituzioni **non** pubbliche sono conformi all'originale:

.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

**Il/La sottoscritto/a allega fotocopia firmata di documento di identità in corso di validità.**

Luogo e data

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma per esteso e leggibile