

CERTIFICAZIONE DITALS DI II LIVELLO

Modulo di iscrizione all'esame - sessione del 22 LUGLIO 2022

presso _____

(indicare la denominazione della SEDE convenzionata presso la quale si intende sostenere l'esame)

l sottoscritt _____

(cognome)

(nome)

(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 dello stesso)

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ il _____
(città) (nazione) (data)
di cittadinanza _____

2. di essere residente in _____
(indirizzo) (città)
tel. _____ e-mail _____

3. di avere svolto **ESPERIENZE DI DIDATTICA** come sotto indicato e **da specificare poi nella tabella:**

IN POSSESSO DI DITALS I LIVELLO

(con laurea umanistica + Certificazione DITALS I **sostenuta in data:** _____) almeno **60 ore** di insegnamento o di tirocinio "monitorato" in presenza di alunni stranieri

(con laurea non umanistica + Certificazione DITALS I **sostenuta in data:** _____) almeno **300 ore** di insegnamento in presenza di alunni stranieri

ISCRIZIONE DIRETTA AL II LIVELLO

(con laurea umanistica) almeno **300 ore** di insegnamento in presenza di alunni stranieri

(con laurea non umanistica) almeno **600 ore** di insegnamento in presenza di alunni stranieri

SEDE <i>(Denominazione)</i>	RECAPITO SEDE (ind., e-mail, tel.)	numero ore svolte

.l. sottoscritt. _____ dichiara:

- di non aver mai sostenuto un esame DITALS di II livello;
- di essere consapevole e di accettare che l'Università per Stranieri di Siena non è responsabile, in alcun modo, della mancata somministrazione dell'esame DITALS di II livello né del mancato rilascio del certificato per inadempienze da parte della sede d'esame;
- di aver letto e accettato i punti sotto elencati:
- L'eventuale rinuncia all'esame può essere effettuata **esclusivamente 25 gg. prima** della data di esame E DEVE ESSERE comunicata alla sede di esame ENTRO TALE TERMINE. Dopo la scadenza il candidato è **tenuto a pagare la tassa di esame**;
 - Il candidato assente il giorno dell'esame potrà ottenere un congelamento della tassa di esame **SOLO** inviando alla sede entro 15 gg una documentazione giustificativa della sua assenza per motivi di malattia o lavoro. Il candidato in tal caso otterrà un posticipo e potrà ripresentarsi per sostenere l'esame **entro un anno** nella stessa sede di esame;
 - La tassa di prescrizione **non** è rimborsabile per alcun motivo, **non** è applicata per le eventuali ripetizioni di prove non superate.
- di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679, per finalità inerenti ai compiti istituzionali dell'amministrazione e che potranno inoltre essere comunicati alle amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o comunque nel caso sia necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali. Dichiaro inoltre di esprimere il proprio consenso alla trasmissione del nome, cognome ed indirizzo a ditte o enti che ne facciano richiesta e che dichiarino di utilizzare i dati forniti solo al fine di attivare eventuali rapporti di lavoro o pubblicizzare attività formative/culturali. Il sottoscritto si riserva i diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 679/2016.

(data) ____/____/____

Il dichiarante (firma leggibile e per esteso) _____

Allegare:

- **fotocopia di un documento di identità**
- **ricevuta del pagamento della tassa di prescrizione all'esame pari a € 40,00**