

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ESAME CILS
(UNIVERSITA' STRANIERI DI SIENA)

MATRICOLA. N. _____

__L__ sottoscritt__ Cognome: _____

Nome: _____ M - F

NAT__ IL _____ A _____

NAZIONE _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO MAIL _____

TEL. 1 - _____ TEL. 2 - _____

CHIEDE DI SOSTENERE L'ESAME CILS DI LIVELLO:

A2
Integrazione

B1
Cittadinanza

B1

B2

C1

C2

DATA ESAME 03 dicembre 2026

Dichiara che:

- ☐ non ho mai sostenuto un esame CILS
- ☐ ho sostenuto un esame CILS e non ho superato nessuna prova
- ☐ ho un certificato CILS di livello _____
- ☐ ho sostenuto un esame CILS di livello **A2 – B1 – B2 – C1 – C2**
ma non ho superato le seguenti prove che intendo recuperare:

ascolto

lettura

analisi
strutture

produzione
scritta

produzione
orale

Si allega:

- **ricevuta del pagamento della tassa di esame**
- **fotocopia di un documento di identità.**

data ____/____/____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Legs. N. 196/2003 UE
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679, così come coordinato con il D.lgsn.196/03, per finalità inerenti ai compiti istituzionali dell'amministrazione, e che i dati stessi potranno inoltre essere comunicati alle amministrazioni pubbliche in base alle norme di legge o di regolamento.

data ____/____/____

Firma _____

LE TASSE PAGATE NON VENGONO RIMBORSATE