

## CERTIFICAZIONE DITALS BASE

### Ripetizione parziale o totale degli esami non superati

Proposta di adesione all'esame nella sessione del **17 novembre 2017**

che si svolgerà presso \_\_\_\_\_

(indicare la denominazione dell'Ente presso il 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 \_\_\_\_\_ di cittadinanza \_\_\_\_\_

e di essere residente in \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### **e di dover sostenere di nuovo le seguenti prove:**

Sezione A

Sezione B

Sezione C

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
(firma leggibile e per esteso)

..l. sottoscritt..\_\_\_\_\_

autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e modifiche.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il dichiarante

Allegare la fotocopia di un documento di identità