

Comitato regionale di coordinamento per la Certificazione Linguistica del Latino

▪ **STUDENTI UNIVERSITARI**

N .	COGNOME E NOME	LIVELLO DELLA PROVA SCELTO (A o B)	DATA E LUOGO DI NASCITA	MAIL
1				
2				
3				

▪ **CANDIDATI ESTERNI**

N .	COGNOME E NOME	LIVELLO DELLA PROVA SCELTO (A o B)	DATA E LUOGO DI NASCITA	MAIL
1				
2				
3				

I candidati **ACCETTANO** tutte le clausole contenute nell'Avviso e **AUTORIZZANO** ai sensi del D.Lgs.196/03 art.4 il trattamento dei propri dati personali per tutte le attività inerenti alla manifestazione.

Docente referente: _____

E-mail scelta dal docente per la ricezione della prova:

Tel. docente referente: _____

Visto, il Dirigente Scolastico dell'Istituto