

FICHA DE INSCRIÇÃO

CERTIFICADO DE ITALIANO CILS

NOME COMPLETO: _____

SEXO: FEMININO () MASCULINO () DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NUMERO DE RG: _____ CPF: _____

NATALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

NUMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

Nº DE TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

NÚMERO DE MATRÍCULA DO EXAME CILS ANTERIOR (se for repetente): _____

ASSINAR NO NÍVEL QUE DESEJA APROVAÇÃO:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> A2 | <input type="radio"/> B1 Standard | <input type="radio"/> B1 Cittadinanza |
| <input type="radio"/> B2 | <input type="radio"/> C1 | <input type="radio"/> C2 |

O inscrito (a) se responsabiliza pelas informações fornecidas no ato da inscrição e em caso de falta ou desistência ou a não aprovação não haverá devolução de valores.

LOCAL: **JOÃO PESSOA.** DATA DA PROVA: ____/____/____

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____