

FICHA DE INSCRIPCIÓN

CÓDIGO CANDIDATO/A														
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primera inscripción	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> → Indicar año..... / examen presentado..... Centro de examen anterior.....
--------------------------------	--

CENTRO DE EXAMEN:(El candidato debe pagar los derechos en el centro donde desea dar el examen)

Señorita / Señor
ESCRIBIR CON MAYÚSCULA Y LETRA CLARA POR FAVOR. INDICAR LOS ACENTOS EN APELLIDOS Y NOMBRES.

1.- Apellidos														
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.- Nombres														
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.- Fecha de nacimiento DÍA/MES/AÑO													EDAD:		años
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	-------------

4.- Lugar de nacimiento	Ciudad														
	País														

5.- Nacionalidad															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.-Lengua materna															
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7.- Profesión															
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8.- Dirección postal															
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comuna													Ciudad		
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--

Teléfono de contacto													Celular		
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--

E-Mail															
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9.- Establecimiento donde estudia francés: Nombre Y Dirección :	
---	--

10.-Indique con una cruz el/los diploma(s) al cual/a los cuales desea inscribirse:

DIPLOMA	DELF A1 <input type="checkbox"/>	DELF A2 <input type="checkbox"/>	DELF B1 <input type="checkbox"/>	DELF B2 <input type="checkbox"/>
FECHA RENDICIÓN	09/10/2020	10/10/2020	17/10/2020	24/10/2020

**10.-Para permitirle participar en el examen DELF en las mejores condiciones, gracias por indicar si presenta alguna discapacidad.
Ponga un X después de la respuesta exacta: SI _____ NO _____**
En caso afirmativo, adjunte certificado médico y ponga un X después de la respuesta exacta: Desventaja: Visual_____ Auditiva_____

INSCRITO EN _____ EL _____ DE 2020

Firma del/de la candidato/a

**Toda ficha completada incorrectamente será rechazada. El candidato no será inscrito
No se contempla la devolución ni la postergación de los derechos de inscripción.**

RESERVADO A LA ADMINISTRACIÓN

Precio del diploma: \$ _____ TOTAL: \$ _____
Forma de pago: Efectivo Cheque Tarjeta Otro

Derechos de inscripción pagados el: _____ / _____ /2020 Recibo nº: _____

INSCRIPCIÓN: DESDE EL 1 DE JULIO HASTA EL 21 DE AGOSTO 2020