

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL LICEO CLASSICO STATALE “SOCRATE”

Il/la sottoscritto/a.....genitore dell'alunno.....
.....nato/a il..... e frequentante la classe.....di questo Liceo,
chiede l'iscrizione all'esame di certificazione **Trinity**, impegnandosi a versare sul c/c postale
n.16262701 intestato a Liceo Classico Socrate, Via S. Tommaso D'Aquino,4 – 70124 Bari, la
somma relativa al livello scelto, secondo la seguente tabella:

Grades 4 – 6	Livello Elementary (A2-B1 del Quadro Comune Europeo).....	€ 55.00
Grades 7 – 9	Livello Intermediate (B2 – C1 del Quadro Comune Europeo).....	€ 73.00
Grades 10-12	Livello Advanced (C1-C2 del Quadro Comune Europeo).....	€ 103.00

Il costo del corso sarà a carico dell'Istituto qualora i fondi siano messi a disposizione dai PON (fondi europei). Altrimenti si vi sarà un contributo simbolico da parte delle famiglie di € 25,00 per studente.

Firma dell'insegnante di Inglese

NB: il presente modulo va consegnato insieme con ricevuta del versamento all'insegnante di Inglese della classe entro il 15.11.2008.

In fede

Data _____