**Sessão:**

**Nome do inscrito:**

**Nome do encarregado de educação:**

**Data de nascimento:**

**Local de nascimento (cidade / país):**

**Nacionalidade:**

**Cartão de Cidadão:**

**NIF:**

**Língua Materna:**

**Morada:**

**Código Postal:**

**Localidade:**

**Telefone / Telemóvel:**

**Email:**

**DIPLOME DELF-DALF**

Tous publics

**DELF:**  A1  A2  B1  B2

**DALF:**  C1  C2

**Número de candidato:**

Eu, abaixo-assinado, depois de ter tomado conhecimento das condições de funcionamento, declaro aceitá-las integralmente.

**Data** *(aaaa/mm/dd):*       **Assinatura:**

**RESERVADO AO CENTRO DE EXAMES: Faculdade de Letras da Universidade do Porto**

**Preço:**

**Modalidade de pagamento:**  **MB**

*Em caso de desistência, a inscrição não poderá ser reembolsada nem transferida para outra sessão.*

*Os dias e horas mencionados na convocatória não poderão ser alterados.*

*Os diplomas não poderão ser enviados por correio.*