



LICEO SCIENTIFICO "SCORZA" - COSENZA

Via Popilia / Via Mancini - Tel. 0984 1861919 - C.F. 80005600780
Email: csps03000g@istruzione.it - PEC: csps03000g@pec.istruzione.it



LICEO SCIENTIFICO STATALE - "G.B. SCORZA"-COSENZA
Prot. 0014372 del 12/12/2025
I (Entrata)

Ai docenti di inglese

Agli studenti del II biennio e V anno

Ai sigg. genitori

Bacheca

Al sito

S e d e

Oggetto: **Progetto CERTIFICAZIONI EUROPEE ESOL Cambridge – a. s. 2025/2026 Iscrizioni C1**

Si comunica alle S.S.L.L. che gli alunni interessati a sostenere gli esami di lingua inglese per il livello: C.A.E. **(C1)** della Cambridge University ESOL Examinations, potranno iscriversi al relativo corso compilando il modulo allegato.

In caso di superamento della soglia massima di 30 allievi, si darà priorità al:

- possesso della certificazione precedente (FIRST CERTIFICATE per iscrizione al corso ADVANCED)
- frequenza del quinto anno di corso, in subordine del quarto anno di corso e infine del terzo anno
- prova d'ingresso.

Le domande andranno inoltrate via email dalla mail di uno dei genitori a: csps03000g@istruzione.it entro il 18/12/2025, specificando in oggetto: Iscrizione Corso CAE (C1) CAMBRIDGE

La referente

Prof.ssa Patrizia Monaco

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Rosanna Rizzo

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2 D.Lgs. n. 39 del 12/02/1993)

Dirigente Scolastico

Liceo Scientifico "G.B.Scorza"

Cosenza

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE DEI CORSISTI (Studenti/esse) **Progetto**
"CERTIFICAZIONI EUROPEE CAE" – a. s. 2025/2026"

Dati del Genitore che chiede l'iscrizione del/della figlio/a

La/il sottoscritto/a _____ (padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale _____ Nato/a il _____ a _____ prov. _____

padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale dello/la studente/ssa di cui sotto riportato
(Dati dello/a studente/ssa)

Cognome _____ Nome _____ classe _____
sez _____ nell'a.s.2025/2026

CHIEDE

l'iscrizione del/la proprio/a figlio/figlia al Corso

☐ **C.A.E. (C1)** di 40 ore

Dichiara che il proprio figlio/a

È _____ in _____ possesso _____ della _____ Certificazione _____ Linguistica:

☐ Ha pagato il contributo volontario di € 50,00 per l'a.s. 2025-26

☐ S'impegna a versare il contributo volontario di € 50,00 per l'a.s. 2025-26

☐ Dichiara di essere consapevole che l'interruzione della frequenza comporta
l'azzeramento del credito scolastico aggiuntivo

Data _____

Firma del Genitore _____