

INSCRIÇÃO TCF Capes Sessão: ____/____/2025
Centro de exames e local de inscrição: Aliança Francesa de Salvador

Nome:

Sobrenome:

Data de nascimento:

Cidade de nascimento:

Estado:

Nacionalidade: brasileira outra:

Língua materna: português outra:

Mail:

Telefone | Celular: ()

Motivo da inscrição: Estudos Razão profissional

Outro (especificar):

Eu abaixo assinado, estou ciente de:

a) Disponibilidade do manual de meus deveres e direitos como candidato|candidata:
<https://www.france-education-international.fr/article/droits-devoirs-candidat-tcf>).

b) Impossibilidade de solicitar “segunda chamada”, reembolso ou transferência de valores pagos para outra sessão.

c) O prazo do resultado ser de 30 a 40 dias após a sessão realizada.

_____, ____ de _____ de 2025.
Cidade dia mês

Assinatura