|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Domanda per i corsi a breve termine per l’anno 2024**  |
| **ISI Japanese Language School Education Center***8-15-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023　Japan**TEL : +81-3-5962-0405 　FAX : +81-3-5937-0477 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/it* |

N.B.: Il presente documento deve essere completato interamente. Si prega di scrivere in modo chiaro e di assicurarsi di spuntare le caselle appropriate þ prima di stampare e inviare il seguente il documento.

**Col presente documento, dichiaro di voler fare richiesta per corso breve dell’anno 2024.**

|  |
| --- |
| **Informazioni del richiedente** |
| Cognome:(Come da passaporto) |  | Nome:(Come da passaporto) |  | Fotografia\*Vi preghiamo di inviarci la vostra foto in formato digitale |
| Indirizzo: |    | Tel: |
| ID de LINE: |
| E-mail: |  | Data di nascita: | AAAA/ MM/ GG/ |  |
| Sesso: | [ ]  Maschio [ ]  Femina | Nazionalità: |  |
| Numero di passaporto: |  | Scadenza: | AAAA/ MM/ GG/  |
| Occupazione: |  | Nome dell’azienda o della scuola: |  |
| Tipo di Visto: | [ ]  Turistico [ ]  Visto per Vacanza-Lavoro [ ]  Visto di Lavoro a lunga permanenza [ ]  Familiare [ ]  Altro( ) |
| Contatto di emergenza: | Nome: | Tel: | Relazione con il richiedente: | Paese: |
| **Livello di giapponese** |
| Hai mai studiato giapponese? | [ ]  Sì　 à　 (Per quano tempo? 　 Anno/i 　　 Mese/i) | [ ]  No |
| Certificazione JLPT | [ ]  Sì,　 (JLPT　N )　　　　　　　　 [ ]  No |
| **Scuola e corso** |
| Scuola:(Corso) | [ ]  Tokyo-Takadanobaba（Giapponese Generale） [ ]  Tokyo-Ikebukuro（Giapponese Generale） [ ]  Tokyo-Shibuya（Giapponese Generale） [ ]  Tokyo-Shibuya (Giapponese Business) 　→ [ ]  ＊１Programma di supporto per il Visto Working Holiday. [ ]  Tokyo-Harajuku (Giapponese Business) → [ ]  ＊１Programma di supporto per il Visto Working Holiday. [ ]  Tokyo-Harajuku (Corso serale)　　　　　　　→　 [ ]  ＊２Programma di supporto per il Visto Working Holiday. [ ]  Osaka（Giapponese Generale） [ ]  Kyoto（Giapponese Generale） [ ]  Nagano（Giapponese Generale） |
| Inizio: | AAAA/ MM GG/  | Fine: | AAAA/ MM GG/  | Durata del corso: |  | settimane |
| Stile del corso desiderato: | [ ]  In presenza [ ]  Online（solo corso serale） |
| Solo gli studenti in possesso di visto vacanza-lavoro o residenti di medio-lungo termine:\*1：Gli studenti del corso di Giapponese Business hanno anche diritto a un lavoro part-time, a corsi speciali al di fuori dell'aula e al supporto nelle sessioni informative aziendali.\*2: Gli studenti dei corsi serali hanno diritto a un supporto part-time per l'inserimento lavorativo, partecipando a sessioni informative sulle aziende.**Alloggio e servizio di pick-up da e per l’aeroporto** |
| Preferisci che l’ISI ti trovi un alloggio? | [ ]  | Sì | [ ]  | No |
| ---Se SÌ, dove vorresti soggiornare? | [ ]  | Residence ([ ]  singola [ ]  doppia) | [ ]  | Dormitorio ([ ]  singola [ ]  doppia [ ]  tripla) |
| [ ]  | Guest house ([ ]  singola [ ]  doppia) | [ ]  | Homestay |
| ---Se NO, dove soggiornerai? | [ ]  Hotel　　　　　　[ ]  A casa di amici　　　　　　[ ]  Altro (　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ---Se SÌ, check-in**:** AAAA/ MM/ GG/  | Check-out**:**  AAAA/ MM/ GG/  |
| Aeroporto d’arrivo: | [ ] 　Narita (NRT) 　　　　　　　[ ]  　Haneda (HND)　　　　　　 [ ]  　 Kansai (KIX) |
| Numero del volo (se avete già acquistato i biglietti)**:** |  Arrivo**:**  AAAA/ MM/ GG/ Orario: \_\_:\_\_ |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Destinazione** | **Tipo di pick-up** | **Costo per tratta** |
| [ ]  | (Tokyo) Student house | Auto condivisa | 20,000 JPY \*Giorno e ora di ingresso designati: 8,000JPY |
| [ ]  | (Tokyo) Monolocale/Guest house | Taxi  | 31,000 JPY |
| [ ]  | (Tokyo) Homestay | Auto | 32,000 JPY |
| [ ]  | (Osaka) Monolocale/Guest house | Taxi  | 31,000 JPY |
| [ ]  | (Osala/Kyoto) Homestay | Auto | 33,900 JPY |
| [ ]  | (Kyoto) Scuola/Student house | Taxi condiviso | 30,000 JPY \*Giorno e ora di ingresso designati: 11,000JPY |
| [ ]  | (Nagano) Scuola/Student house | Taxi condiviso | 33,000 JPY~ |

Vorresti usufruire del servizio di pick-up da e per l’aeroporto?[ ] No [ ] Tratta singola **(compila→)** |
| **INGRESSO IN GIAPPONE**  |
| Vi è mai stato negato l’ingresso in Giappone?  | [ ]  | Sì à (Motivo: ) | [ ]  | No |

 \* Per favore compila anche la pagina successiva “Stato di salute”

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Stato di salute** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***12F Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-6112　Japan**TEL : +81-3-5962-0405 　FAX : +81-3-5937-0477 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/it* |

È importante che lo staff ISI sia a conoscenza della tua condizione di salute. Si prega di compilare dettagliatamente la sezione sottostante tenendo presente che la scuola non può per nessun motivo prescrivere medicinali o fornire pareri medici. Il trattamento dei dati personali sarà trattato nel massimo rispetto della privacy.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Descrivi il tuo stato di salute scegliendo una fra le seguenti opzioni:
 | [ ]  Ottimo [ ]  Normale [ ]  Non molto buono　　[ ]  Cattivo Stato |
| 1. Al momento stai ricevendo cure mediche per qualche malattia?
 | [ ]  No[ ]  Sì  | Da　　　　　　Anno 　　　　Mese　　　Malattia（　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　） |
| 1. Stai seguendo qualche terapia farmacologica？\*Inclusi farmaci da banco
 | [ ]  No[ ]  Sì  | Data di inizio della terapia: 　　　 　　　Anno　　　 　 Mese　　Farmaco:　 [ ]  Ansiolitici　　 [ ] 　Sonniferi[ ]  Antiepilettici [ ]  Farmaci per l’asma　Altro (　　 　 　　　 　） |
| 1. Sei stato ospedalizzato o hai subito un intervento chirurgico negli ultimi 5 anni?
 | [ ]  No[ ]  Sì | Ricovero　　　　　 Anno　　 Mese　　Motivo (　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Hai qualche precedente di malattie o malattie croniche?

Se la risposta è sì, ti preghiamo di selezionare tra le seguenti opzioni e compilare dettagliatamente le sezioni spuntate. |
| 1. Tubercolosi
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　 Anno　　　　　Mese | Al momento [ ] 　Guarito　　　　　[ ] 　In terapia |
| 1. Mental Health Disorder
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | [ ]  Depressione [ ]  Ansia [ ]  Attacchi di panico [ ]  Insonnia　 [ ]  Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) [ ]  Altro ( ) |
| 1. Allergie

(Asma incluso) | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　Mese | [ ]  Cibo [ ]  Medicinali [ ]  Prodotti dell’industia chimica　[ ]  Altro（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Malaria, o altre malattie infettive
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　　Mese | Malattia: |
| 1. Diabete
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | Situazione attuale:[ ] 　Sotto farmaci　　[ ] 　 Iniezioni di insulina  |
| 1. Convulsioni o Crisi epilettiche
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese |  |
| 1. Altro
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | Al momento[ ] 　Guarito　　　　　[ ] 　In terapia |
| 1. Quale delle seguenti vaccinazioni avete ricevuto?
 | [ ]  BCG (tubercolosi) [ ]  M.M.R. (morbillo, parotite, rosolia) [ ]  Poliomielite [ ]  Morbillo [ ]  Rosolia [ ]  Difterite　　　　[ ]  Tetano [ ]  Meningite [ ]  Altro（　　　　　　　　　 　　　 ） |
| 1. Hai esigenze particolari?
 | [ ]  No [ ]  Sì | Da　　　　　Anno　　　　MeseDettagli:（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo: (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Compila lo spazio sottostante se hai altre informazioni da comunicare:
 |

**Firmando, il richiedente conferma di aver letto e compreso la politica riguardo ai rimborsi e alle cancellazioni, e certifica che quanto sopra riportato è corretto e corrisponde al vero,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del richiedente:** |  |  | **Il:** | **AAAA/ MM/ GG/**  |