|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　Mese  Dettagli:（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  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/** |