



INSTITUT LUXEMBOURGEOIS DE RÉGULATION

Siège: 17, rue du Fossé • Adresse postale: L-2922 Luxembourg • Fax: (352) 28 228 229

## **Demande de participation à l'examen théorique pour les certificats CORVNI/SRC**

### **Demandeur:**

Prénom et nom:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Nationalité:

Rue, numéro:

Code postal:

Localité:

Boîte postale:

Téléphone / Mobile:

Téléfax:

Adresse e-mail:

### **Options choisies pour l'examen:**

– Participation à l'examen théorique:

CORVNI

SRC

– Langue choisie pour l'examen:

Français

Allemand

### **Pièces à joindre à la demande:**

- Copie d'une pièce d'identité
- Photo couleur format passeport

Fait à:

, le

\_\_\_\_\_  
Signature

Le soussigné s'engage à accepter les prescriptions légales et administratives émises ou à émettre sur l'établissement et l'utilisation des stations radioélectriques. En outre il certifie l'exactitude des renseignements portés précédemment.

M  
A  
R  
I  
T  
I  
M  
E  
E  
X  
A  
M  
E  
N  
C  
O  
R  
V  
N  
I  
/  
S  
R  
C

M  
A  
R  
I  
T  
I  
M  
E  
E  
X  
A  
M  
E  
N  
C  
O  
R  
V  
N  
I  
/  
S  
R  
C