



RICHIESTA ISCRIZIONE ESAMI NUOVA EC DL

	(Cognome)	(Nome)
Io sottoscritto/a		
nato/a a	provincia di	il
C.F.	residente a/C.A.P.	in Via/
cellulare:	altro telefono:	email:
titolo di studio:		occupazione:
in qualità di	<input type="checkbox"/> interno ISS Cairo	<input type="checkbox"/> esterno ISS Cairo
	<input type="checkbox"/> in possesso di Skills Card n.° _____	<input type="checkbox"/> non in possesso di Skills Card

DICHIARO

di voler acquistare (consulta sul sito il listino prezzi):

<input type="checkbox"/> Skills Card Nuova Ecdl	€
<input type="checkbox"/> n.° _____ esami singoli	€
<input type="checkbox"/> Pacchetto completo Nuova Ecdl Full Standard (Skills Card + 7 esami)	€
<input type="checkbox"/> Pacchetto completo Nuova Ecdl Base (Skills Card + 4 esami)	€
<input type="checkbox"/> Pacchetto integrativo da Ecdl Base a Ecdl Full Standard (3 esami aggiuntivi)	€
Per un importo totale di	€

da versare su conto corrente col seguente IBAN:

IT-32/Q/03425/49350/000080826651 - Banco Azzoaglio - Agenzia di Carcere (allegare attestazione (*))

di voler sostenere i seguenti esami nelle date indicate (non più di tre al giorno)

Esame da sostenere	Data richiesta (consulta sul sito le date disponibili)
<input type="checkbox"/> 1. Computer Essentials	__/__/____
<input type="checkbox"/> 2. Online Essentials	__/__/____
<input type="checkbox"/> 3. Word Processing	__/__/____
<input type="checkbox"/> 4. Spreadsheets	__/__/____
<input type="checkbox"/> 5. Presentation	__/__/____
<input type="checkbox"/> 6. Online Collaboration	__/__/____
<input type="checkbox"/> 7. IT Security	__/__/____
<input type="checkbox"/> 8.	__/__/____

Cairo Montenotte, _____ Firma _____

(*) si segnala che solo il versamento effettuato in modo tracciabile con causale "Attività integrative previste nel POF (Ecdl)-nome candidato" è deducibile dalla dichiarazione dei redditi

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il test center può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 196/2003 – Codice Privacy).

Cairo Montenotte, _____ Firma _____

Nel caso in cui il richiedente sia un minore, compilare e firmare i seguenti dati:

	(Cognome)	(Nome)
Io sottoscritto/a		
nato/a a	(provincia di _____)	il __/__/____ email:
In qualità di	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore	del richiedente di cui sopra, autorizzo.
Cairo Montenotte,	Data:	Firma:

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla segreteria Ecdl telefonando allo 019504684, o scrivendo a ecdl@patettacairo.gov.it