



SKILLS CARD N° _____ Codice Fiscale: _____

___/___ sottoscritt _____

nat ___ a _____ il ___/___/_____ e residente

in _____ via/piazza _____

n. CAP. _____ prov.(____) cellulare _____

CHIEDE

di sostenere l'esame che si terrà il giorno ___/___/____, per i seguenti moduli:

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> "Computer Essential" | 6. <input type="checkbox"/> "Presentation" | 11. <input type="checkbox"/> "Health" |
| 2. <input type="checkbox"/> "Online Essentials" | 7. <input type="checkbox"/> "Online Collaboration" | 12. <input type="checkbox"/> "ECDL UpDate" |
| 3. <input type="checkbox"/> "Word Processing" | 8. <input type="checkbox"/> "Using Databases" | 13. <input type="checkbox"/> "2D Computer Aided Design" |
| 4. <input type="checkbox"/> "Spreadsheets" | 9. <input type="checkbox"/> "Web Editing" | 14. <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> "IT - Security" | 10. <input type="checkbox"/> "Image Editing" | |

A tal fine dichiara di aver effettuato il versamento di _____ mediante:

bonifico presso la **BANCA POPOLARE DI FONDI – IBAN: IT 88 Z 05296 73973 T 20990000100 con causale: "Esame ICDL"**;

Dichiara sotto la propria responsabilità, che i dati e le notizie riportate nella presente scheda corrispondono a verità.
___/___ sottoscritt autorizza l'Istituto ad utilizzare i dati contenuti nella presente scheda ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, "Codice in materia di trattamento dei dati personali", esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

FONDI, ___/___/20___

firma

N.B.: Il costo esame è:

dal n.1 al n.8 : € 25,00 (venticinque/00)

dal n.9 al n.12 : € 75,00 (settantacinque/00)

n. 13: € 100,00 (cento/00)

Investiamo nel vostro futuro