

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) _____

M F

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NATO IL

GIORNO

--	--

MESE

--	--

ANNO

--	--	--	--

COMUNE DI NASCITA

Prov.

RESIDENZA

(Indirizzo completo)

C.A.P.

CITTÀ'

N. TEL.

TITOLO DI STUDIO

Scuola dell'obbligo

☐

Diplomato

☐

Laureato

☐

OCCUPAZIONE

Studente scuola primaria

☐

Scuola secon. 1° grado

☐

Scuola secon. 2° grado

☐

Lavoratore dipendente

☐

Lavoratore autonomo

☐

Pensionato

☐

Studente universitario

☐

Casalinga

☐

In cerca di occupazione

☐

Indirizzo di posta elettronica

FREQUENTANTE LA CLASSE : (indicare denominazione)

RISERVATO SEGRETERIA CENTRO
Cod. Corso

SOTTOSCRIVE L'ACQUISTO DI N° 1 SKILLS CARD AL COSTO DI € 30,00 Iva inclusa

☐
(barrare la casella)

ESAMI NUOVA E.C.D.L. - SESSIONE DEL

GIA' IN POSSESSO DI SKILLS CARD N.

CHIEDE L'AMMISSIONE AI SEGUENTI ESAMI AL COSTO UNITARIO DI

€ 16.00

IVA inclusa

MODULO

(barrare le caselle prescelte; non più di 3)

Computer Essential (Concetti di base del computer)

☐

Online Essential (Concetti fondamentali della rete)

☐

Word processing (Elaborazione testi)

☐

Spreadsheets (Fogli elettronici)

☐

IT Security (Sicurezza informatica)

☐

Presentation (Strumenti di presentazione)

☐

Online Collaboration (Collaborazione in rete)

☐

Avvertenze:

In fase di esame il candidato potrà scegliere di sostenere i moduli in una qualsiasi delle versioni di software disponibili in elenco (Office XP, Office 2007, Office 2010, Office 2013, Office 2016, LibreOffice 3.5, Ubuntu 12.04, Windows 7 - 8 - 10, IE10-Gmail, - Firefox - Gmail, Windows XP - IE7 - Outlook Express, Firefox - Thunderbird 15.0.1, IE10-Mail, Google Documenti, Google Presentazioni, Google Fogli).

Data _____

FIRMA _____

IL PAGAMENTO DOVRA' AVVENIRE:

A MEZZO C/C POSTALE INTESTATO A C.F.P. - U.P.T. Iban IT33Y 07601 01800 000012460382; il bollettino postale precompilato deve essere richiesto in segreteria. L'attestazione dell'avvenuto pagamento dovrà essere consegnata unitamente al seguente modulo.

oppure A MEZZO BONIFICO BANCARIO SUL CONTO INTESTATO A C.F.P. - U.P.T. Iban IT28R 08304 01807 000007772151 DELLA CASSA RURALE DI TRENTO. Copia del bonifico dovrà essere consegnata unitamente al presente modulo.

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) _____

dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 ed esprime il consenso previsto dagli articoli 23 e ss. della citata legge, al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati, da parte Vostra, per le finalità precisate

Dà il consenso

☐

Nega il consenso

☐

FIRMA _____

In mancanza di tale consenso, il Centro non potrà svolgere il servizio richiesto.