



ISCRIZIONE ECDL

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia _____ il ____ / ____ / _____

Codice Fiscale

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

residente in _____ C.A.P. _____ provincia _____

indirizzo _____ numero civico _____

recapito telefonico fisso _____ cellulare _____

eMail: _____

nome del genitore (obbligatorio per i minorenni): _____

in qualità di:

studente del Liceo Majorana, classe: ____ sezione: ____ indirizzo: _____

personale _____ in servizio presso il Liceo Majorana a tempo _____

altro (specificare): _____

DICHIARA:

di aver conseguito (titolo di studio): _____

di essere titolare della Skills Card n. _____

acquistata il ____ / ____ / _____ presso: _____

di aver già sostenuto e superato gli esami relativi ai seguenti Moduli ECDL:

ESAME	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4	Modulo 5	Modulo 6	Modulo 7
DATA							
SEDE							

CHIEDE:

Skills Card Nuova ECDL - __ , __ €

Iscrizione esame - __ , __ € - modulo: _____ data: ____ / ____ / _____

Frequenza corso - __ , __ €

Il/La sottoscritto/a allega a tal fine copia del/i versamento/i della/e relativa/e quota/e effettuato/i - con causale: nome e cognome del corsista, quota/e, modulo/i d'esame - sul **c/c 60012002 - Poste Italiane SpA** - Roma - Ita - Poste Centro - v.le Europa 175, **IBAN IT20 I07601 03200 0000 6001 2002**.

Roma, ____ / ____ / _____

FIRMA: _____