Mod. 1

LICEO CLASSICO STATALE "F. CAPECE"

TEST CENTER AUTORIZZATO AICA HB___01

Piazza A. Moro, 29 - 73024 Maglie (Le)
Tel. 0836/484301
Web: www.liceocapece.gov.it – Email: dirigente@liceocapece.gov.it
Posta certificata: dirigenza@pec.liceocapece.it

Modulo Acquisto Skills Card NUOVA ECDL
a.s. 2018/2019

(Compilare il modulo in maiuscolo e in ogni sua parte)

Cognome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|				
Nome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|				
Data di nascita	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|				
Luogo di nascita	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Prov.** |_|_|				
Residenza	**Via** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Comune** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Prov.** |_|_| **Cap.** |_|_|_|_|_|				
Telefono	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|				
E-mail	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|				
Codice Fiscale	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|				
Scolarità	❑ Scuola dell'obbligo	❑ Scuola media superiore	❑ Università		
Occupazione	❑ Studente	❑ Lavoratore dipendente	❑ Lavoratore autonomo	❑ In cerca di occupazione	❑ Altro
Gruppo	❑ Interno Alunno della classe --------------	❑ Corsista	❑ Docente ❑ ATA	❑ Esterno	❑ Progetti speciali

Il costo della Skills Card è di € 85,00.

Tale somma deve essere versata tramite c/c postale n° **10061737** intestato a **Liceo Classico Statale "F. Capece"- Maglie**, con causale **acquisto Skills Card.**
La ricevuta deve essere consegnata insieme al presente modulo all'Ass.te Tecnico, Sig. Antonio Rescigno (aula 16 – Laboratorio "A. Vizzino").

Informativa ai sensi della Legge 675/96
Ai sensi dell'art. 10 Legge 675/96 vi comunichiamo che i vostri dati anagrafici, globali o parziali, saranno utilizzati per le attività connesse con il rilascio della Patente ECDL e saranno inclusi nelle liste degli iscritti e dei diplomati ECDL. Si informa che i dati personali verranno comunicati ad AICA che li utilizzerà per statistiche interne e per accreditare coloro che hanno sostenuto gli esami ECDL presso aziende e datori di lavoro.
Consenso ai sensi della Legge 675/96
Ricevuta l'informativa di cui all'articolo 10 e preso atto dei diritti di cui all'articolo 13 della Legge 675/96, esprimo il mio consenso al trattamento, da parte del Liceo Classico Statale "F. Capece" di Maglie, dei dati anagrafici a me relativi per le finalità sopra riportate e per le comunicazioni ai terzi rientranti nell'ambito delle categorie di soggetti individuati nella informativa.

Data ______________ Firma _____________________

Fattura n._________ del _____________

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Gabriella Margiotta