Mod. 2

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 Iscrizione Esami NUOVA ECDL
a.s. 2018/2019

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

Numero Skills Card	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data di nascita	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Gruppo	❑ Interno Studente della classe _____	❑ Corsista	❑ Docente ❑ ATA	❑ Esterno	❑ Progetti speciali

ESAMI RICHIESTI *(apporre una x per il modulo scelto)*

Computer Essentials	Online Essentials	Word Processing	Spreadsheets	Online Collaboration	IT Security Specialised Level	Presentation

DATA SESSIONE |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Il costo di ciascun esame è di € 30,00

Tale somma deve essere versata tramite c/c postale **n° 10061737** intestato a **Liceo Classico Statale "F. Capece" - Maglie**, con causale **Esami ECDL n. ___**.
La ricevuta deve essere consegnata insieme al presente modulo entro **7 giorni** dalla data d'esame all'Ass.te Tecnico, Sig. Antonio Rescigno (aula 16 – Laboratorio "A. Vizzino").

È obbligatorio presentarsi agli esami muniti di un documento di identità valido e della skills card.

Note:

1: Il calendario mensile delle sessioni sarà affisso periodicamente alla bacheca del Laboratorio Vizzino e pubblicato sul sito della Scuola.

2: L'elenco dei candidati regolarmente iscritti sarà affisso alla bacheca del Laboratorio Vizzino due giorni prima della sessione.

3: L'eventuale impossibilità a presentarsi alla sessione d'esame deve essere comunicata alla responsabile del Test Center (prof.ssa Maria Pia De Cagna) almeno tre giorni prima della data d'esame, in caso contrario l'esame sarà considerato non superato.

4: In caso di esame non superato, il candidato, per ripetere l'esame, deve presentare nuova domanda accompagnata da una nuova ricevuta di versamento come sopra.

Data _____ Firma _____

Fattura n. _____ del _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Gabriella Margiotta