

Spett.le Test Center ECDL KC__01
I.T.I.S. "E.Fermi"
Tel. 095/7794813
Fax 095/7794811

Il/La sottoscritt _____ nat __ il _____

a _____ residente in Via _____ n. _____

a _____ Prov. _____ Cap. _____ nazionalità _____

Telefono _____ C. F. _____

Titolo di Studio _____

Occupazione _____

CHIEDE

Il rilascio di una Skill Card di:

- € . **62,00** compresa I.V.A.- Altro
- € . **55,00** compresa I.V.A.- Alunni Scuola media e Superiori.

A tal fine allega ricevuta di pagamento effettuato sul **c/c postale N.12042958 intestato a I.T.I.S. "E. Fermi" di Giarre.**

Il sottoscritto, ai sensi della L. 675/96 autorizza il Test Center ad utilizzare i suoi dati anagrafici globali e parziali, per includerli nella lista degli iscritti e dei diplomati ECDL. Altresì è consapevole che i suoi dati personali verranno comunicati all'A.I.C.A. che li utilizzerà per fatti interni e per accreditare coloro che hanno sostenuto esami ECDL presso aziende e datori di lavoro. In ogni momento lo scrivente potrà avere accesso ai suoi dati, chiedere l'aggiornamento o la cancellazione, oppure, potrà opporsi al loro utilizzo, dandone comunicazione al Test Center o direttamente all'A.I.C.A.

Giarre _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Registrato al n° _____ Rilasciata Skill Card n. _____ in data _____