

Al D.S. Itis Magistri Cumacini – Como

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Sesso: F M Luogo di nascita _____ Prov _____ Data di nascita _____

Residente in via _____ Città _____ Prov _____ Cap _____

Tel _____ indirizzo e-mail _____

Titolo di studio _____ Occupazione _____

- STUDENTE INTERNO** classe _____ sez _____
- STUDENTE ESTERNO** Scuola frequentata: _____
- DOCENTE / ATA** (se esterno indicare la sede di servizio) _____
- CANDIDATO ESTERNO**

Chiede di poter acquistare un Skills Card ECDL CORE presso il Vostro Test Center e a tal proposito

- **allega** bollettino postale comprovante il pagamento previsto per l'acquisto
- **allega** modulo ECDL QA-ESAMOD16 (Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali) compilato in tutte le sue parti.
- **Garantisce** la correttezza delle informazioni qui fornite che verranno utilizzate per la registrazione della skills card.

Como, _____ Firma del candidato _____

in caso di candidato minorenni firma di un genitore _____