

Il sottoscritto:

- Frequentante la classe _____ di questo Istituto
 Studente esterno della classe _____ dell'Istituto _____
 Docente interno Docente esterno ATA interno ATA esterno Persona esterna

Cognome	Nome
Skill Card numero	Data di nascita
Telefono	*** Tutti i campi sono obbligatori ***

CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CORSI DI PREPARAZIONE DELLA NUOVA ECDL

Per i moduli delle seguenti certificazioni (barrare quelli interessati):

ECDL Full Standard

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modulo 1 Computer Essentials | <input type="checkbox"/> ECDL Health |
| <input type="checkbox"/> Modulo 2 Online Essentials | <input type="checkbox"/> ECDL e-Citizen |
| <input type="checkbox"/> Modulo 3 Word Processing (Microsoft Word) | |
| <input type="checkbox"/> Modulo 4 Spreadsheet (Microsoft Excel) | |
| <input type="checkbox"/> Modulo 5 IT-Security - Specialised Level | <input type="checkbox"/> ECDL CAD 2D |
| <input type="checkbox"/> Modulo 6 Presentation (Microsoft PowerPoint) | <input type="checkbox"/> ECDL CAD 3D |
| <input type="checkbox"/> Modulo 7 Online Collaboration | <input type="checkbox"/> ECDL GIS |

Si allega la ricevuta del bollettino di versamento sul conto dell'Istituto di € _____

Arzignano, ____/____/201__ (data di consegna della richiesta)

Firma del richiedente

Firma del genitore (in caso di minori)

