

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 ALLA SESSIONE D'ESAMI ECDL DEL ____/____/201__

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

ECDL CORE LEVEL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modulo 1 Concetti di base dell'ICT | <input type="checkbox"/> ECDL Health |
| <input type="checkbox"/> Modulo 2 Uso del computer e gestione dei file | <input type="checkbox"/> ECDL e-Citizen |
| <input type="checkbox"/> Modulo 3 Elaborazione testi (Microsoft Word) | |
| <input type="checkbox"/> Modulo 4 Fogli elettronici (Microsoft Excel) | |
| <input type="checkbox"/> Modulo 5 Uso delle basi di dati (Microsoft Access) | <input type="checkbox"/> ECDL CAD 2D |
| <input type="checkbox"/> Modulo 6 Presentazioni (Microsoft PowerPoint) | <input type="checkbox"/> ECDL CAD 3D |
| <input type="checkbox"/> Modulo 7 Navigazione e comunicazione in rete | <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)
