

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	
Data di nascita		Città di nascita	
Indirizzo		Città	
Provincia	CAP	Nazione	
Telefono		e-mail	
Codice fiscale		*** Tutti i campi sono obbligatori ***	

- Scolarità:** Scuola dell'obbligo Scuola media superiore Università
Occupazione: Studente Lavoratore dipendente Lavoratore autonomo
 In cerca di occupazione Altro

CHIEDE IL RILASCIO DELLA SKILL CARD ECDL

Per una delle seguenti certificazioni:

<input type="checkbox"/> ECDL CORE LEVEL Progetto: <input type="checkbox"/> Docenti <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> ECDL Health <input type="checkbox"/> ECDL e-Citizen	<input type="checkbox"/> ECDL CAD 2D <input type="checkbox"/> ECDL CAD 3D <input type="checkbox"/> ECDL GIS
--	--

Si allega la ricevuta del bollettino di versamento sul conto dell'Istituto di € _____
 (Per gli aderenti al Progetto Ecdl Docenti o ATA, il versamento va fatto direttamente ad AICA)

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

Firma del richiedente

Firma del genitore (in caso di minori)

N° SKILL CARD ECDL _____	Data del rilascio ____/____/201__
--------------------------	-----------------------------------