

MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

Certificazione EI-PASS

Full 7 Moduli

Teacher

LIM

P.A.

ONE



Sanità Digitale

Lab

Web

Progressive

Basic



Nome: _____ **Cognome:** _____

Luogo di nascita: _____ Prov. _____ Data: ___ / ___ / _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M F

Residenza:

Città: _____ Prov. _____ CAP _____ Naz. _____

Indirizzo: _____ N° Civ. _____

Tel: _____ Cell: _____ Fax: _____

Email: _____

Titolo di studio: _____ Occupazione : _____

Polo di Riferimento (Nome Istituto)

(*) Tutti i campi sono obbligatori

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: in merito al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'Informativa sulla Privacy di registrazione per il rilascio della Ei-Card EIPASS e/o dell'attestato di Certificazione Informatica scelto tra quelli sopra indicati

Presta il consenso Nega in consenso

al compimento di ricerche di mercato e/o svolgimento di attività promozionali

Presta il consenso Nega in consenso

Attenzione: *il mancato consenso al trattamento dei dati personali comporterà l'impossibilità da parte del candidato alla registrazione e conseguente rilascio della Ei-Card e, quindi, al sostenimento degli esami di certificazione scelti.*

Luogo e data di sottoscrizione: ___ / ___ / _____

Firma Candidato: _____