

MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

Certificazione EI-PASS		
<input type="checkbox"/> EIPASS 7 Moduli	<input type="checkbox"/> EIPASS Sanità Digitale	<input type="checkbox"/> EIPASS Junior
<input type="checkbox"/> EIPASS Teacher	<input type="checkbox"/> EIPASS Lab	<input type="checkbox"/> EIPASS CAD
<input type="checkbox"/> EIPASS LIM	<input type="checkbox"/> EIPASS Web	<input type="checkbox"/> EIPASS Scuola digitale
<input type="checkbox"/> EIPASS Pubblica Amministrazione	<input type="checkbox"/> EIPASS Progressive	<input type="checkbox"/> EIPASS Docente digitale
<input type="checkbox"/> EIPASS ONE	<input type="checkbox"/> EIPASS 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: _____

(l'indirizzo e-mail deve essere funzionante)

Titolo di studio: _____ Occupazione: _____

Polo di Riferimento: ISIS Leonardo Da Vinci

(*) Tutti i campi sono obbligatori

Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali

Solo nel caso di candidato minorenni, indicare di seguito i dati di un genitore, o chi esercita la patria potestà, e che apporrà la firma di sottoscrizione.

Cognome : _____ Nome : _____

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

X

Presta il consenso Nega in consenso

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

X

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 o del genitore firmatario o di chi ne fa le veci: _____

(per i minorenni)

Allegare copia documento di riconoscimento del genitore firmatario o di chi ne fa le veci.