



Istituto Superiore

per l'Alta Formazione, Ricerca e Istruzione

**DOMANDA ISCRIZIONE CORSO ECDL IT SECURITY
SPECIALISED LEVEL
WWW.ISAFRI.IT**

Rilasciata Skill Card n.	
Inserita al sistema in data	

Il/La sottoscritto/a

Cognome				Nome				
Data di nascita				Luogo di nascita				
Stato civile:	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a			Indirizzo: Via			N.	
Città:				Prov.		CAP		
Tel.			cell.:			E-Mail		
Cod. fisc.								
Scolarità:	<input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> Scuola Media superiore <input type="checkbox"/> Studente univ.rio <input type="checkbox"/> laurea							
Documento di riconoscimento	N. _____ Data ril. ____/____/_____ Ril. da _____							

CHIEDE

di iscriversi al **corso ECDL IT SECURITY SPECIALISED LEVEL** mediante il pagamento di **€50,00** da versare sul conto mediante le seguenti opzioni:

bollettino di C/C p. n. 1017655240 int. a: Scuola Nazionale C. I. P. - Potenza, con all.ta r. n. _____ del _____;

IBAN: IT77J0760104200001017655240 int. a: Scuola Nazionale C. I. P. - Potenza, con all.ta r. n. _____ del _____;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il Test Center può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini di cui sopra (D.leg.vo 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali") e di autorizzare all'uso dei dati di cui sopra.

Potenza, _____

X _____
(firma del candidato o di chi ne fa le veci)

ISAFRI PITAGORA/SCUOLA NAZIONALE
X _____
(firma del referente)