



# Istituto Superiore

per l'Alta Formazione, Ricerca e Istruzione

DOMANDA RICHIESTA ESAMI ECDL PER  
CORSO IT SECURITY SPECIALISED LEVEL  
[www.isafri.it](http://www.isafri.it)

REGISTRO ESAMI N.	
SESSIONE ESAMI - 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

l'iscrizione agli esami relativi ai moduli sotto individuati da una "croce" per la somma di € 30/0.

<input type="checkbox"/> <b>IT SECURITY SPECIALISED LEVEL</b>	€	<b>30</b>
---	---	-----------

Il versamento sarà effettuato tenendo conto dei dati appresso indicati:

**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)

N.B. - Gli esami sostenuti con esito negativo, se ripetuti, vanno pagati regolarmente.