

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
Skill Card numero	Data di nascita
Telefono	<b>*** Tutti i campi sono obbligatori ***</b>

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CORSI DI PREPARAZIONE DELLA NUOVA ECDL

Per i moduli delle seguenti certificazioni (barrare quelli interessati):

#### **ECDL Full Standard**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 1</b> Computer Essentials                 | <input type="checkbox"/> <b>ECDL Health</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 2</b> Online Essentials                   | <input type="checkbox"/> <b>ECDL e-Citizen</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 3</b> Word Processing (Microsoft Word)    |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 4</b> Spreadsheet (Microsoft Excel)       |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 5</b> IT-Security - Specialised Level     | <input type="checkbox"/> <b>ECDL CAD 2D</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 6</b> Presentation (Microsoft PowerPoint) | <input type="checkbox"/> <b>ECDL CAD 3D</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Modulo 7</b> Online Collaboration                | <input type="checkbox"/> <b>ECDL GIS</b>       |

Si allega la ricevuta del bollettino di versamento sul conto dell'Istituto di € \_\_\_\_\_

Arzignano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_ (data di consegna della richiesta)

Firma del richiedente



Firma del genitore (in caso di minori)