



Al Responsabile Test Center
e p.c. al Dirigente scolastico
Liceo Artistico G.C. Argan Piazza

(scrivere in stampatello)

Il sottoscritto

Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita.....(.....) Data di nascita

Codice fiscale.....

Domicilio..... Telefono

In qualità di

studente dell'istituto; docente, personale/ATA di istituto; ex alunno

Utente esterno all'istituto

Solo in caso di utente esterno alla scuola indicare anche:

l'Email

Titolo di studio

Richiede

il rilascio della Skill Card per la certificazione "ICDL"

la partecipazione alla sessione di esame per la certificazione "ICDL" per il/i seguente/i esame/i previsto per la data del _____

Modulo 1 - Computer Essentials

Modulo 2 – Online Essentials

Modulo 3 - Spreadsheets

Modulo 4 – Word Processing;

Modulo 5 – IT – Security

Modulo 6 – Online Collaboration

Modulo 7 – Presentation

NB Per completare l'iscrizione il candidato dovrà effettuare il pagamento attivato dalla segreteria attraverso il sistema pagoinrete **almeno 5 giorni lavorativi prima della data della sessione**

Dichiara di aver preso visione del documento "Diritti e doveri del candidato" rilasciato da AICA
<https://www.aicanet.it/documents/10776/174004/SC+05+-+Diritti+e+Doveri+del+Candidato.pdf/f5369b0b-e3e8-45d1-8e41-c34f9d212301>

Allega alla presente:

- Modulo QA-ESAMOD16 - Consenso al trattamento dei dati personali

DATA _____

FIRMA _____