



Modulo di iscrizione all'esame per NUOVA I.C.D.L.

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Residenza	<input type="text"/> (indirizzo, numero civico, cap, città, prov.)		
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Skills card n° _____

chiede di poter sostenere i seguenti esami

	Argomento	Data Esame	Sbarrare la casella di interesse
1	Computer Essentials		
2	Online Essentials		
3	Word Processing		
4	Spreadsheet		
5	IT Security		
6	Presentation		
7	Online Collaboration		

Pertanto ai sensi del Regolamento GDPR 2016/679 autorizza la Segreteria Organizzativa dello IAL Marche SRL al trattamento dei propri dati personali e al loro inserimento nelle proprie banche dati.

(Luogo e data)

(Firma)