

MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE ESAMI EIPASS

Tipo ei-card: Eipass 7 moduli Eipass TEACHER Eipass WEB
 Eipass LIM Eipass LAB Eipass _____

Nome*: _____ Cognome*: _____

Nazionalità*: _____ Lingua esame*: _____

Sesso*: Maschio Femmina

Luogo di nascita*: _____ Data di nascita*: _____

Nazione: _____ CF _____

Indirizzo: _____

Città*: _____ CAP*: _____

Telefono*: _____ Cellulare: _____ Fax: _____

Email*: _____

(l'indirizzo e-mail deve essere funzionante)

Titolo di studio: _____

Occupazione*: _____

Motivo per quota ridotta*: _____

Attestazione di Euro _____ versato sul **c/c p 35078047** intestato a **Istituto Istruzione Superiore Ischia** indicando nella causale **EIPASS**

(*) Campo obbligatorio

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 96/2003: In merito al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'Informativa sulla Privacy di registrazione e rilascio della Ei-Card e dell'attestato della Certificazione Informatica EIPASS al superamento degli esami, al compimento di ricerche di mercato e/o svolgimento di attività promozionali

Presta il consenso Nega il consenso

Attenzione: il mancato consenso al trattamento dei dati personali comporterà l'impossibilità da parte del candidato alla registrazione e conseguente rilascio della Ei-Card e, quindi, al sostenimento degli esami di certificazione EIPASS.

Luogo e data di sottoscrizione: _____

Firma del candidato

o di chi ne fa le veci (per i minorenni): _____