
**Test Center PN_0605 per il rilascio della patente ECDL
I.S.I.S. "G.A. PUJATI"**

Viale Zancanaro, 58
33077 Sade

mail: pnis00200x@istruzione.it
tel:043471968

Richiesta SKILLS CARD nuovaECDL

cognome*																
nome*														sesto*	F	M
codice fiscale*																
data di nascita*																
luogo di nascita*																
indirizzo*																
CAP*																città*
provincia*																
titolo di studio*																
occupazione*																
telefono											cellulare					
e-mail*											@					

Riservato al test center

Skills Card	
data rilascio	

ATTENZIONE:

in mancanza di uno o più dati obbligatori (indicati con *) non si può procedere al rilascio della skills card

Test Center PN_0605 per il rilascio della patente ECDL I.S.I.S. "G.A. PUJATI"

Viale Zancanaro, 58
33077 Sade

mail: pnis00200x@istruzione.it
tel:043471968

Tipologia (barrare la voce che interessa):

- Studente, classe: _____ sezione: _____
- Docente
- Personale ATA
- Esterno

Il costo della Skills Card è di 65,00 euro.

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite:

- bollettino postale (disponibile presso la segreteria dell'Istituto) **12305595** intestato a I.S.I.S. "G. A. PUJATI"
- tramite bonifico bancario: **IT35M076011250000012305595** con causale dettagliata esempio : nome e cognome (docente/ata/alunno.....classe/esterno) acquisto Skills card

La ricevuta del versamento va allegata alla presente domanda.

Unitamente alla presente il sottoscritto consegna il modulo AICA sull'acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali. Per gli alunni minorenni il modulo deve essere controfirmato da uno dei genitori o esercente la patria potestà.

Ai sensi della legge sulla tutela della privacy il sottoscritto autorizza il Test Center PN_0605 Licei Pujati ad utilizzare i dati forniti con la presente scheda ai soli fini connessi con l'acquisizione della patente ECDL (compilazione elenchi convocati per gli esami, comunicazioni con AICA relative agli esami, ecc.).

Sacile li _____

firma leggibile



Modulo QA-ESAMOD16 - Rev. 4 del 01-08-2018

Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali

Luogo : _____ Data : _____

Candidato

Cognome : _____

Nome : _____

Cod.fiscale : _____

Solo nel caso di candidato di età inferiore ai 16 anni, indicare di seguito i dati di chi esercita la patria potestà

Cognome : _____

Nome : _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 3 b)** dell'Informativa (eventuali interviste telefoniche):

Presta il consenso

Nega il consenso

- in merito all'eventuale **trattamento di dati sensibili**:¹

Presta il consenso

Nega il consenso

Firma del candidato o di chi ne esercita la patria potestà : _____

¹ Il consenso è richiesto **solo** nel caso in cui il Test Center debba attivare l'apposita procedura di esami per *candidati diversamente abili*, di cui al capitolo 9 di QA-ESA10. Il mancato consenso impedirà l'invio della richiesta ad ASPHI e conseguentemente renderà impossibile l'effettuazione degli esami con la specifica procedura per candidati diversamente abili.