**Test Center AOP 01 RICHIESTA SKILLS CARD ICDL**

**Il sottoscritto**

Titolo Sig./Sig.ra Cognome Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso Codice Fiscale c c c c c c c c c c c c c c c c

Nato il a Prov. Stato civile Scolarità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupazione Indirizzo: n. CAP Città Prov. Nazione Tel. Cellulare FAX

e mail

**CHIEDE**

L’assegnazione della skills card al costo di:

**Euro 65,00** (Studenti e personale della scuola)

**Euro 70,00** (Esterni)

Data

Firma

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite la piattaforma PagOnline (l’evento verrà creato individualmente dopo aver ricevuto tutte le iscrizioni)