



Test Center AOP_____01

RICHIESTA SKILLS CARD ICDL

Il sottoscritto

Titolo Sig./Sig.ra_Cognome_____Nome_____

Sesso_____Codice Fiscale

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)