**ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE “ASSTEAS”**

 ***SAIS02700G***

 **Via Pasteni – 84021 – BUCCINO (SA)**

 TEL./FAX 0828 951244 E-MAIL: liceobuccino@libero.it SITO WEB [www.iisassteas.gov.it](file:///C%3A%5CUsers%5CPasquale%5CDesktop%5CDesktop06012021%5CReina%5Cwww.iisassteas.gov.it) [SAIS02700G@PEC.ISTRUZIONE.IT](file:///C%3A%5CUsers%5CPasquale%5CDesktop%5CDesktop06012021%5CReina%5CSAIS02700G%40PEC.ISTRUZIONE.IT)

 C . F . 9 1 0 2 7 3 5 0 6 5 0

 Liceo Scientifico e Liceo Linguistico cod SAPS027012 Buccino

 IPA1 Moda cod. SARI027028 Oliveto Citra tel.0828 995008

 ITIS Meccanica, Meccatronica ed Energia cod.SATF027025 Oliveto Citra tel.0828 995008

 ITIS Informatica e Telecomunicazioni cod. SATF 027014 San Gregorio Magno tel 0828 955077

**TEST CENTER AJQO0001**

**ISCRIZIONE AD ESAMI ICDL ADVANCED**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cognome Nome

Sesso \_\_ Nat\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* INTERNO: Classe \_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ESTERNO

Domicilio: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Num. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titolo di studio\* Occupazione \***

**□ scuola dell'obbligo □ studente scuola primaria**

**□ diplomato □ studente scuola secondaria primo grado**

**□ laureato □ studente scuola secondaria secondo grado**

**□ non dichiarato □ studente universitario**

 **□ lavoratore dipendente**

 **□ lavoratore autonomo**

 **□ pensionato**

 **□ casalinga**

 **□ in cerca di occupazione**

**CHIEDE**

**(Per sostenere gli esami bisogna acquistare prima la Skills Card che non ha scadenza ed è valida per tutti gli esami AICA)**

 SKILLS CARD € 60 SKILLS CARD già in possesso

* **ISCRIZIONE AD ESAMI ICDL FULL STANDARD**

 **(barrare le caselle relative ai moduli per i quali si richiede l'iscrizione)**

|  |  |
| --- | --- |
| Costo skills card + 4 moduli 155 € |  Costo skills card + 7 moduli 220 € |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1) Computer Essentials |  | 2) Online Essentials |  | 3) Word Processing |
|  | 4) Spreadsheets |  | 5) IT Security |  | 6) Presentation |
|  | 7) Online Collaboration |  |  |  |  |

* **ISCRIZIONE AD ESAMI ICDL EXPERT**

 **(barrare le caselle relative ai moduli per i quali si richiede l'iscrizione)**

|  |  |
| --- | --- |
| Costo per ogni modulo € 70 | Costo totale esame e skills card 130 € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1) Advanced Word Processing |  | 2) Advanced Spreadsheets |
|  | 3) Advanced Database |  | 4) Advanced Presentation |

* **ISCRIZIONE AD ALTRI ESAMI ICDL**

 **(barrare le caselle relative ai moduli per i quali si richiede l'iscrizione)**

|  |  |
| --- | --- |
| Costo per ogni modulo \_\_\_\_\_\_\_€  | Costo totale esame e skills card \_\_\_\_\_\_ € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1)  |  | 2)  |
|  | 3)  |  | 4)  |

Si allega: copia documento riconoscimento, modulo trattamento dati.

LUOGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PER I CANDIDATI MINORENNI SI RICHIEDE L’AUTORIZZAZIONE DI UNO DEI GENITORI O DEL TUTORE**

Il/La sottoscrtitto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cognome Nome

genitore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorizza Il/La proprio/a figlio/a a sostenere gli esami per il conseguimento dell’I.C.D.L.

LUOGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modulo QA-ESAMOD16 - Rev. 2 del 18-01-2006**

**Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali**

Candidato

**Cognome :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo** nel caso di candidato minorenne, indicare di seguito i dati di un genitore, o chi esercita la patria potestà, e che apporrà la firma di sottoscrizione

**Cognome :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003:

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 1/a** dell’Informativa (rilascio e registrazione della Skills Card, ai fini dell’effettuazione degli esami e della stampa del certificato ECDL, una volta superati gli esami):

 Presta il consenso Nega il consenso

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 1/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

**NB** Il mancato consenso al *trattamento dei dati personali* per il punto **1/a** comporterà l’impossibilità da parte del candidato di sostenere gli esami ECDL e conseguire il relativo Certificato; il mancato consenso al trattamento dei *dati sensibili* comporterà l’impossibilità di richiedere l’autorizzazione alla procedura d’esami per disabili.

**Luogo e data di sottoscrizione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

 **Firma del candidato**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**