

UNIVERSITA' POPOLARE TRENTEINA
Partita IVA: 01257420222
TRENTO - Via Borsieri, 2
Tel. 0461/239997
e-mail: segreteria.trento@cfp-upt.it

ESAMI UPDATE NUOVA ECDL

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) _____

SESSO

M F

CODICE FISCALE: _____

NATO IL

GIORNO

MESE

ANNO

COMUNE DI NASCITA _____

Prov. _____

RESIDENZA _____

(Indirizzo completo)

C.A.P. _____

CITTÀ' _____

N. TEL. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

TITOLO DI STUDIO

Scuola dell'obbligo

Diplomato

Laureato

OCCUPAZIONE

Studente scuola primaria

Scuola secon. 1° grado

Scuola secon. 2° grado

Lavoratore dipendente

Lavoratore autonomo

Pensionato

Studente universitario

Casalanga

In cerca di occupazione

GIÀ IN POSSESSO DI SKILLS CARD N. _____

ESAMI E.C.D.L. - SESSIONE DEL _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AI SEGUENTI ESAMI UPDATE

MODULO	(esame scaduto dopo 5 anni)	Costo inclusa IVA	(barrare le caselle prescelte)
Computer Essential (Concetti di base del computer)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
Online Essential (Concetti fondamentali della rete)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
Word processing (Elaborazione testi)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
Spreadsheets (Fogli elettronici)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
IT Security (Sicurezza informatica)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
Presentation (Strumenti di presentazione)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
Online Collaboration (Collaborazione in rete)		8,00 €	<input type="checkbox"/>
RINNOVO ECDL FULL UPDATE	(scade dopo 5 anni)	Costo inclusa IVA 75,00 €	<input type="checkbox"/>

Data _____

FIRMA _____

IL PAGAMENTO DOVRA' AVVENIRE A MEZZO BONIFICO BANCARIO SUL CONTO INTESTATO A C.F.P. - U.P.T.
IBAN IT79U0830401807000007424286 Banca per il Trentino-Alto Adige. Causale: SKILL CARD Cognome Nome.
Copia del bonifico dovrà essere consegnata unitamente al presente modulo.

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) _____

dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 ed esprime il consenso previsto dagli articoli 23 e ss. della citata legge, al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati, da parte Vostra, per le finalità precisat

dà il consenso

nega il consenso

FIRMA _____

In mancanza di tale consenso, il Centro non potrà svolgere il servizio richiesto.

Revisione ottobre 2024