

UNIVERSITA' POPOLARE TRENTINA
Partita IVA: 01257420222
Via Gazzoletti 10 - 38062 Arco TN
Tel. 0464 556585 - Fax 0464 556599
segreteria.arco@cfp-upt.it

RISERVATO ALLIEVI CORSI DI BASE



IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) _____ M F

CODICE FISCALE: _____

NATO IL GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

COMUNE DI NASCITA _____ Prov. _____

RESIDENZA
(Indirizzo completo) _____

C.A.P. _____ CITTÀ' _____ N. TEL. _____

TITOLO DI STUDIO Scuola dell'obbligo Diploma Laurea

OCCUPAZIONE
Studente scuola primaria Scuola secon. 1° grado Scuola secon. 2° grado
Lavoratore dipendente Lavoratore autonomo Pensionato
Studente universitario Casalinga In cerca di occupazione

Indirizzo di posta elettronica _____

FREQUENTANTE LA CLASSE : (indicare denominazione) _____

RISERVATO SEGRETERIA CENTRO
Cod. Corso

SOTTOSCRIVE L'ACQUISTO DI N° 1 SKILLS CARD AL COSTO DI € 51,00 Iva inclusa

(barrare la casella)

ESAMI ICDL - SESSIONE DEL _____

GIA' IN POSSESSO DI SKILLS CARD N. _____

CHIEDE L'AMMISSIONE AI SEGUENTI ESAMI AL COSTO UNITARIO DI **€ 16.00** IVA inclusa

MODULO _____ (barrare le caselle prescelte; non più di 3)

Computer Essential (Concetti di base del computer)

Online Essential (Concetti fondamentali della rete)

Word processing (Elaborazione testi)

Spreadsheets (Fogli elettronici)

IT Security (Sicurezza informatica)

Presentation (Strumenti di presentazione)

Online Collaboration (Collaborazione in rete)

Avvertenze:

In fase di esame il candidato potrà scegliere di sostenere i moduli in una qualsiasi delle versioni di software disponibili in elenco (Office XP, Office 2007, Office 2010, Office 2013, Office 2016, LibreOffice 3,5, Ubuntu 12.04, Windows 7 - 8 - 10, IE10-Gmail, - Firefox - Gmail, Windows XP - IE7 - Outlook Express, Firefox - Thunderbird 15.0.1, IE10-Mail, Google Suite).

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: SKILLS 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 precisate

Dà il consenso Nega il consenso

FIRMA _____

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