

Acquisto Skills Card

ECDL Livello: Base

Advanced Office

Dati Personali

Titolo*	Cognome	Nome
Secondo Nome		Codice Fiscale
Sesso	Nat_ il	a (Prov. _____)
Stato Civile	<input type="checkbox"/> Libero/a	<input type="checkbox"/> Coniugato/a
Indirizzo		
Città		(Prov. _____)
C.A.P.	Nazione	
Tel. _____ / _____	Cell. _____ / _____	Fax _____ / _____
e-mail		
Scolarità	<input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo	<input type="checkbox"/> Scuola Media Superiore
	<input type="checkbox"/> Laurea	In: _____
	<input type="checkbox"/> Stud. Universitario	CdL: _____ Matr: _____
Occupazione	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente
	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo
		<input type="checkbox"/> In cerca di Occupazione

Dati Pagamento

Banca	Agenzia
Codice Bonifico	Data invio quietanza via fax/e-mail
Intestare e spedire Fattura a:	
C. F./P.IVA	
Indirizzo:	

CONSENSO AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY 675/1996

A norma della Legge 675/96 il firmatario autorizza il test Center ad utilizzare i suoi dati anagrafici, globali o parziali, per [includerli nel suo database](#) e per inserirli nelle liste degli iscritti e dei diplomati ECDL.

Si informa che i dati verranno comunicati ad AICA che li utilizzerà per statistiche interne e per accreditare coloro che hanno sostenuto gli esami ECDL presso aziende e datori di lavoro.

In ogni momento il firmatario potrà avere accesso ai suoi dati, chiedendone la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo, dandone comunicazione al Test Center o direttamente ad AICA (tel. 02-784970).

Data

Firma

* Avv, Cav, Dott., Dott.ssa, Geom, Ing, Prof, Prof.ssa, Rag, Sig, Sig.na, Sig.ra, Sigg