

 <p><b>S. Elisabetta</b> FORMAZIONE a DISTANZA</p>  <p>Ente accreditato qualificato per l'aggiornamento del personale della scuola. D.M. 10/07/2009</p>	<p><b>CENTRO STUDI</b> <b>RECUPERI ANNI SCOLASTICI</b> <b>POLO UNIVERSITARIO</b> <b>TELEMATICO</b></p>	<p><b>PARTNER</b></p>  <p><b>EUROPEAN INFORMATICS PASSPORT</b></p>	<p><b>RICHIESTA ESAME CERTIFICAZIONE</b></p>
---	--	--	--

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

CODICE PARTNER \_\_\_\_\_

Il sottoscritto....., nato a .....

il..... residente in..... via .....

**CHIEDE DI SOSTENERE L'ESAME PREVISTO PER IL CONSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE DI COMPETENZE INFORMATICHE EIPASS - EUROPEAN INFORMATICS PASSPORT E SI IMPEGNA ALLA CORRESPONSIONE DELLA QUOTA CONCORDATA. Possibilmente nella sede di .....**

(Data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Cell..... CF ..... E-mail.....

**INDIRIZZO SE DIVERSO PER FATTURAZIONE:** .....

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196), il sottoscritto prende atto della seguente informativa:- il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alle attività inerenti e conseguenti all'iniziativa oggetto del presente modulo di iscrizione, comprese le eventuali comunicazioni che si rendessero necessarie;- il trattamento avverrà unicamente ad opera del personale di S.Elisabetta (Titolare del trattamento), anche con l'ausilio di procedure informatizzate, presso le proprie sedi;- il conferimento dei dati richiesti è condizione necessaria e indispensabile per l'iscrizione al corso di formazione di cui al presente modulo; - agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Codice (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a S.Elisabetta s.r.l., via Agerola, 4 80054 GRAGNANO (Na).

(Data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**DATI PER BONIFICO E FAX :**

ASSOCIAZIONE S.ELISABETTA SRL Banca: CARIPARMA e PIACENZA  
Iban: IT5720623040051000056718317 Filiale: AGENZIA DI PIANO DI SORRENTO 2  
Fax: 0810070530