



**Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.**

M. 7.5-201
REV. N° 0 DEL 01/06/17

PAGINA 1 DI 2

Spett.le Ente di Formazione
A.S.F.O.L. S.c.r.l.

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE SESSIONE ESAMI

CERTIFICAZIONE ECDL

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ Codice Fiscale _____,
residente a _____ via/piazza
_____ n. _____ tel/cell _____ e-mail
_____ C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare presso il Vostro Ente alla sessione di esami unitamente al Workshop pre-esame per il conseguimento della seguente certificazione ECDL (barrare la certificazione interessata)

Nuova ECDL IT Security Specialised (1 esame) Costo € 180,00 (*)

Al riguardo dichiara di essere consapevole che detta domanda di iscrizione si intende perfezionata a seguito di trasmissione del numero di CRO del bonifico bancario effettuato a favore dell'Ente sul c/c n° IBAN IT50V0617504608000013931080 con causale "iscrizione Nuova ECDL Cognome e Nome", almeno 7 gg prima della sessione di esami.

Dichiara altresì di essere consapevole che la sessione di esami verrà effettuata solo al raggiungimento di almeno 8 iscrizioni, pertanto in caso di mancato raggiungimento del numero minimo necessario si procederà, previo acquisizione del relativo consenso, a trasferire l'esame ad una sessione successiva o a restituire l'importo corrisposto a mezzo bonifico bancario.



**Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.**

M. 7.5-201
REV. N° 0 DEL 01/06/17

PAGINA 2 DI 2

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi di quanto disposto dal D. LGS n. 196/2003 (Codice della Privacy) si informa che le finalità cui sono destinati i dati raccolti riguardano strettamente e soltanto la richiesta di partecipazione all'intervento per gli Enti attuatori delle attività formative. Il trattamento dei dati inseriti nella scheda di iscrizione sono, invece, consentiti solo alla pubblica amministrazione nei limiti delle disposizioni di legge, per svolgere attività istituzionali. La mancata accettazione all'autorizzazione comporta il decadimento della domanda.

Luogo e data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

(*) Costo riservato agli iscritti delle strutture convenzionate € 150,00

Allego alla presente domanda:

- copia del documento di identità firmato;
- copia del Codice fiscale;
- copia ricevuta bonifico con n° di CRO

Luogo e data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
