



I. C. "GINO ROSSI VAIRO"
 Via A. Moro, 10 – 84043 – Agropoli – Sa –A.T. CAM0000028
 Segreteria tel./fax 0974-823222 Presidenza 0974-823112
 C.M. SAIC8AT00D – C.F. 90009620650 – C/C.P. 18070847 –C.F.E. UF1K7E
 E-mail: saic8at00d@istruzione.it; saic8at00d@pec.istruzione.it;
 Sito Web: www.icrossivairo.edu.it



MODULO ISCRIZIONE CORSI NUOVA ICDL Base/Full Standard

Al Dirigente Scolastico – I.C. Gino Rossi Vairo - Agropoli (SA)

Il/la sottoscritto/a

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Cognome* | | Nome* | | Sesso* | |
| | | | | F | M |
| Cognome e nome del genitore o di chi ne fa le veci (in caso di minore età) che firmerà per autorizzazione accanto ad ogni firma | | | | | |
| Codice Fiscale* | | | | | |
| | | | | | |
| Data di nascita* | | | Comune di nascita* | | |
| | | | | | |
| Stato civile* - (barrare) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Celibe | <input type="checkbox"/> Nubile | <input type="checkbox"/> Coniugato/a | <input type="checkbox"/> Separato/a | <input type="checkbox"/> Divorziato/a | <input type="checkbox"/> Vedovo/a |
| Scolarità* - (barrare) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo | <input type="checkbox"/> Scuola secondaria di secondo grado | <input type="checkbox"/> Studente universitario | <input type="checkbox"/> Laurea | | |
| Occupazione* - (barrare) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Studente | <input type="checkbox"/> Docente | <input type="checkbox"/> Personale ATA | <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente | <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| In cerca di lavoro | | | | | |
| Per gli studenti. Indicare scuola, classe e sezione* | | | | | |
| Scuola | | | | Classe | Sez. |
| | | | | | |
| Residenza* | | | | | |
| Indirizzo | | CAP | Città | Regione | Prov. Nazione |
| | | | | | |
| Telefono/cellulare* | | E-mail* | | Fax | |
| | | | | | |

(* Campi obbligatori)

chiede di essere ammesso/a alla frequenza del corso di preparazione al conseguimento della certificazione ICDL organizzato dall'Istituto Comprensivo "Gino Rossi Vairo" di Agropoli. (barrare di seguito)

| | Barrare | Corso | Ore dedicate | Costo (€) |
|--|--------------------------|--|--------------|-----------|
| Studenti, Docenti, Ata - Interni | <input type="checkbox"/> | ICDL BASE (4 moduli) | 32 | 120,00 |
| | <input type="checkbox"/> | INTEGRAZIONE PER ICDL FULL STANDARD (3 moduli) | 24 | 90,00 |
| Esterni | <input type="checkbox"/> | ICDL BASE (4 moduli) | 32 | 145,00 |
| | <input type="checkbox"/> | INTEGRAZIONE PER ICDL FULL STANDARD (3 moduli) | 24 | 105,00 |

Giorno della settimana preferito per la frequenza del corso MARTEDI GIOVEDI alle ore _____. Il sottoscritto è consapevole che la scelta del giorno non è vincolante per l'Istituto.

Autorizza ad utilizzare i dati raccolti dal presente modulo per le pratiche inerenti l'esame ICDL.

Luogo e data di sottoscrizione: _____

Firma del richiedente

Firma (di un genitore o di chi ne fa le veci se il richiedente è minorenne)

Allega: Ricevuta del versamento di sul c.c. Banco Posta IBAN IT86F0760115200000018070847 intestato a: Istituto Comprensivo Gino Rossi Vairo specificando nella causale del versamento "Quota di partecipazione Corso ICDL"