



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

<i>Cognome*</i>	<i>Nome*</i>	<i>Sesso*</i>	
		F	M
<i>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</i>			
<i>Codice Fiscale*</i>			
<i>Data di nascita*</i>		<i>Comune di nascita*</i>	
<i>Stato civile* - (barrare)</i>			
Celibe	Nubile	Coniugato/a	Separato/a
Divorziato/a		Vedovo/a	
<i>Scolarità* - (barrare)</i>			
Scuola dell'obbligo	Scuola secondaria di secondo grado	Studente universitario	Laurea
<i>Occupazione* - (barrare)</i>			
Studente	Docente	Personale ATA	Lavoratore dipendente
Lavoratore autonomo		Pensionato	In cerca di lavoro
<i>Per gli studenti. Indicare scuola, classe e sezione*</i>			
<i>Scuola</i>			<i>Classe</i>
			<i>Sez.</i>
<i>Residenza*</i>			
<i>Indirizzo</i>	<i>CAP</i>	<i>Città</i>	<i>Regione</i>
<i>Prov.</i>		<i>Nazione</i>	
<i>Telefono/cellulare*</i>		<i>E-mail*</i>	<i>Fax</i>

(* 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		ICDL BASE (4 moduli)	32	120,00
		INTEGRAZIONE PER ICDL FULL STANDARD (3 moduli)	24	90,00
Esterni		ICDL BASE (4 moduli)	32	145,00
		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"