

MODULO DI ISCRIZIONE
CERTIFICAZIONE INFORMATICA
Ente Certificatore **EIPASS**

Io sottoscritto _____

nato a _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____ Città _____

Telefono abitazione _____ cell. _____

Email _____

Diploma _____

conseguito presso _____ data/anno _____

se in possesso di laurea: Facoltà _____

Corso di laurea _____

Ateneo _____ data/anno _____

Chiedo di essere ammesso all'iscrizione per il conseguimento della Certificazione Informatica rilasciata dall'Ente Certificatore **EIPASS**

Dichiaro di impegnarmi a versare, all'atto dell'iscrizione la somma di euro 150,00 (trecentocinquanta/00).

Il candidato dichiara di essere a conoscenza della non applicabilità della disciplina prevista dal D. Lgs. 185/1999 (diritto di recesso) e che quanto versato per la suddetta iscrizione non sarà restituito in caso di rinuncia alla sua partecipazione.

I dati anagrafici ed il titolo di studio sono stati dichiarati ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, con la consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

Data ____/____/____

Firma _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs. 196/2003 e successive modifiche.

Data ____/____/____

Firma _____