

MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE ESAMI EIPASS

Tipo Ei-card: Eipass 7 moduli Eipass BASIC Eipass ONE
 Eipass JUNIOR Eipass PROGRESSIVE Eipass TEACHER
 Eipass LAB Eipass LIM Corso LIM

Nome: _____ **Cognome:** _____

Luogo di nascita: _____ Prov. _____ Data: ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ Sesso: M F

Residenza:

Città: _____ Prov. _____ CAP _____ Naz. _____

Indirizzo: _____ N° Civ. _____

Tel: _____ Cell: _____ Fax: _____

Email: _____

Titolo di studio: _____ Occupazione : _____

Lingua Esame IT EN RS SQ

Tutti i campi sono obbligatori

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: in merito al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'Informativa sulla Privacy di registrazione per il rilascio della Ei-Card EIPASS e/o dell'attestato di Certificazione Informatica scelto tra quelli sopra indicati

X Presta il consenso Nega in consenso

al compimento di ricerche di mercato e/o svolgimento di attività promozionali

X Presta il consenso Nega in consenso

Attenzione: *il mancato consenso al trattamento dei dati personali comporterà l'impossibilità da parte del candidato alla registrazione e conseguente rilascio della Ei-Card e, quindi, al sostenimento degli esami di certificazione scelti.*

Luogo e data di sottoscrizione: _____, ____ / ____ / ____

Firma Candidato: _____

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità

Modalità di pagamento:	IBAN IT 15 S 03359 01600 100000136992 Intestato a : ERFAP UIL CAMPANIA PLE IMMACOLATELLA NUOVA, 5 - 80133 – Napoli
-------------------------------	--