



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
“ U. MIDOSSÌ “ CON S.M. ANNESSA
01033 CIVITA CASTELLANA – VIA PETRARCA SNC
Tel..0761-513671 Fax 0761-591145
e-mail: VTIS007001@istruzione.it

* IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

* NATO/A A _____ * IL _____

* CODICE FISCALE _____

RECAPITI TELEFONICI * TEL _____ CELL _____

* E-MAIL _____

N. SKILLS CARD _____

I CAMPI SEGNATI DA * (asterisco) SONO DA INTENDERSI **OBBLIGATORI**

CHIEDE DI SOSTENERE L' ESAME **ECDL CAD**

NELLA SESSIONE ESAMI DEL _____

(Indicare la data della sessione in cui si vuole sostenere l'esame prendendone visione nella bacheca ECDL)

A TAL FINE RILASCIATA RICEVUTA DI VERSAMENTO.

IL COSTO DELL'ESAME E' DI **€ 158,00** PRESSO
la Cassa di Risparmio di Orvieto, filiale di Civita Castellana via Anna Frank n. 3
(traversa di via Giovanni XXIII) C/C IBAN: **IT.90.U.06220.73030.000002100003**

intestato a:

Istituto d'Istruzione Superiore “U. Midossi” - Civita Castellana
causale: **“Progetto ECDL Acquisto Skill Card”**.

Si allega ricevuta di versamento.

CAUSALE: **“ PROGETTO ECDL CAD – PRENOTAZIONE ESAME “**.

IL PRESENTE MODULO VA RICONSEGNAO, CON ACCLUSA L' ATTESTAZIONE DEL
VERSAMENTO, **IMPROROGABILMENTE**, ALMENO 20 GIORNI PRIMA DELLA DATA
D'ESAME O COMUNQUE ENTRO IL TERMINE INDICATO IN BACHECA ECDL.

_____ DATA

_____ FIRMA