



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 RISOSTENERE 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 RILASCIA RICEVUTA DI VERSAMENTO.

IL COSTO DELL'ESAME E' DI **€ 80,00** VERSATO SUL
C.C. BANCARIO N° 18/000003/7 AGENZIA CARIVIT CIVITA CASTELLANA
(ABI 06065 - CAB 73030 - CIN M) INTESTATO A:
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE “ U. MIDOSSÌ “ – CIVITA CASTELLANA

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