



TEST CENTER **FO_0101**
European Computer Driving Licence

MODULO ACQUISTO SKILLS CARD

I _____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ (prov _____) il ____/____/____
Codice Fiscale _____ residente in _____
Cap _____ Via _____ N° _____
Telefono _____ Cell _____ E. mail _____

CHIEDE

Il rilascio della SKILLS CARD valida ai fini del rilascio della certificazione **E.C.D.L.**

A tal fine precisa che il pagamento verrà effettuato come di seguito specificato:

- Contanti presso la sede €uro _____,00.
- Bonifico bancario di €uro _____,00 su Banca Nuova agenzia di San Giovanni Gemini (AG)
Codice IBAN **IT59H 05132 83120 768570081379** intestato a Global Form sas
San Giovanni Gemini (AG) - Causale acquisto SKILL CARD

a tal fine dichiara di essere :

(segnare con una crocetta i riquadri accanto alla tipologia a cui si appartiene)

- 1) Candidato esterno / privatista
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

San Giovanni Gemini li _____

Firma _____

Il sottoscritto autorizza il TEST CENTER al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 della Legge 196/03 solo per i fini istituzionali , necessari all'espletamento delle procedure previste dal programma E.C.D.L.

San Giovanni Gemini li _____

Firma _____