

DOMANDA ACQUISTO SKILLS CARD

- ECDL MED**
- ECDL CORE**
- ECDL ADVANCED**

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____ Cap _____ Località _____

Tel. Ab. _____ Cell. _____ altro _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Scolarità _____

Occupazione _____

e-mail _____

Data, _____

Firma _____

DOMANDA PRENOTAZIONE ESAMI

- ECDL MED** SYLLABUS ____ MODULO ____ DATA _____
- ECDL CORE** SYLLABUS ____ MODULO ____ DATA _____
- ECDL ADVANCED** SYLLABUS ____ MODULO ____ DATA _____

Firma _____