

Modulo di iscrizione esami MEC CENTER





Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
 Prov. _____ il ___/___/_____ Codice Fiscale _____
 Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 in Via _____ N° _____ Nazione _____
 Tel. _____ Cell. _____
 e-mail _____

Dichiara

- di autorizzare il **MEC CENTER** del **CIOFS/FP Sardegna** al trattamento dei dati personali sopraindicati, secondo quanto disposto dalle normative vigenti, per le esclusive finalità connesse alla gestione delle procedure amministrative finalizzate al conseguimento delle certificazioni **MOS** e **IC3**, **IC DAC** e **IC HEALTH**.

Chiede

di poter sostenere i seguenti esami:

			
<input type="checkbox"/> Computing Fundamentals	€ 35,00	<input type="checkbox"/> IC DAC	€ 35,00
<input type="checkbox"/> Key Applications	€ 35,00	<input type="checkbox"/> IC HEALTH	€ 35,00
<input type="checkbox"/> Living Online	€ 35,00		
	<input type="checkbox"/> Word 2007	€ 135,00	<input type="checkbox"/> Word 2010 (Core)
	<input type="checkbox"/> Excel 2007	€ 135,00	<input type="checkbox"/> Word 2010 (Expert)
	<input type="checkbox"/> PowerPoint 2007	€ 135,00	<input type="checkbox"/> Excel 2010 (Core)
	<input type="checkbox"/> Outlook 2007	€ 135,00	<input type="checkbox"/> Excel 2010 (Expert)
	<input type="checkbox"/> Access 2007	€ 135,00	<input type="checkbox"/> PowerPoint 2010
			<input type="checkbox"/> Outlook 2010
			<input type="checkbox"/> Access 2010

previsti per il giorno _____, per un totale di € _____ di cui si allega ricevuta del versamento effettuato sul conto corrente bancario intestato a: **Centro Italiano Opere Femminili Salesiane - Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari**, causale: **"Tassa esami MEC CENTER"**. Codice IBAN: **IT12 F010 0504 8000 0000 0101 651**.

N.B.:

- il presente modulo, debitamente compilato, deve pervenire all'Ente, prima della **data fissata per gli esami**, consegnato a mano o spedito tramite raccomandata A/R al seguente indirizzo: **CIOFS/FP Sardegna, Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari (CA)**.
- il candidato deve presentarsi all'esame munito di **Documento di Identità** non scaduto.

Data _____

Firma del genitore
(se minorenni)

Firma del candidato

Centro Italiano Opere Femminili Salesiane - Formazione Professionale Sardegna

Uff. Amm.vi: Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari – Tel: 070/4525627 – Fax: 070/4526620 – e-mail: info@ciofsfpsardegna.it

Sede Legale: Via Castello, 29 - 09025 Sanluri – Tel: 070/9351006/007 – Fax: 070/9301861 – C.F. e P.I. 00516110921

e-mail: ciofs@pec.ciofsfpsardegna.it – Sito web: www.ciofsfpsardegna.it