



TEST CENTER AICA AHFU0001



Scheda di iscrizione agli Esami AICA

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN STAMPATELLO LEGGIBILE E COMPLETO

DATI CANDIDATO			
Cognome		Nome	
Luogo Nascita		Data Nascita	
Via / Piazza		CAP / Città / Prov	
Telefono		Email	
Codice Fiscale			
Scolarità	<input type="checkbox"/> Obbligo <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laureato <input type="checkbox"/> Studente Univ. <input type="checkbox"/> Altro		
Occupazione	<input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> In cerca di Occupazione		
TIPOLOGIA			
<input type="checkbox"/> CANDIDATO INTERNO (alunno, docente, personale ATA)		<input type="checkbox"/> CANDIDATO ESTERNO	
SKILLS CARD			
<input type="checkbox"/> Da richiedere	<input type="checkbox"/> In possesso	Codice	Data Rilascio
		Test Center Rilasciante	

Il/La sottoscritto/a, _____, nato/a a _____ il _____, in qualità di candidato/genitore richiede l'iscrizione alla sessione di esami AICA in data _____ per i sottoindicati esami:

CERTIFICAZIONE		
<input type="checkbox"/> ECDL Base	<input type="checkbox"/> ECDL Standard	<input type="checkbox"/> ECDL Full Standard
<input type="checkbox"/> ECDL Expert	<input type="checkbox"/> ECDL Profile	<input type="checkbox"/> EUCIP
ESAMI		
<input type="checkbox"/> Computer Essentials	<input type="checkbox"/> Using Databases	<input type="checkbox"/> CAD 2D
<input type="checkbox"/> Online Essentials	<input type="checkbox"/> Web Editing	<input type="checkbox"/> CAD 3D
<input type="checkbox"/> Word Processing	<input type="checkbox"/> Image Editing	<input type="checkbox"/> GIS
<input type="checkbox"/> Spreadsheet	<input type="checkbox"/> Multimedia	<input type="checkbox"/> e-Citizen
<input type="checkbox"/> IT Security	<input type="checkbox"/> Advanced Word Processing	<input type="checkbox"/> Health
<input type="checkbox"/> Presentation	<input type="checkbox"/> Advanced Spreadsheet	<input type="checkbox"/> DCA-Smart
<input type="checkbox"/> Online Collaboration	<input type="checkbox"/> Advanced Database	<input type="checkbox"/> CERT-LIM Interactive Teacher
	<input type="checkbox"/> Advanced Presentation	<input type="checkbox"/> EUCIP

Pescara, _____.

Il richiedente _____

1) **In caso di assenza** non comunicata nei tempi previsti prima della sessione d'esame non sarà possibile rimborsare i contributi già versati.

2) Compilare e consegnare insieme all'attestazione del versamento effettuato, a mano in segreteria, via email all'indirizzo **t.acerbo@libero.it** o via fax al numero **085.2058499**, nei termini di scadenza previsti. Eventuali richieste di modifica o comunicazioni di assenza dovranno essere comunicate al Test Center **almeno cinque giorni lavorativi** prima della sessione d'esame.

