



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto di Istruzione Superiore "MARTIN LUTHER KING"

via Allende, 3 – 20835 Muggiò (MB)

telefono: 039 2789430 – fax: 039 2789432 – Codice Fiscale: 94517460153

Indirizzi: Relazioni Internazionali per il Marketing – Turismo – Liceo Linguistico

E-mail: miis08400q@istruzione.it – Posta Certificata: miis08400q@pec.istruzione.it – Sito: www.mlkmuggio.gov.it

Codici Meccanografici: MIIS08400Q – MITD084012 – MIPS084016



RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SESSIONE DI ESAME

NUOVA ECDL

__ sottoscritt __, _____ C.F. _____
(cognome) (nome) (codice fiscale)

nat__ il __/__/__ a _____
(data nascita) (comune di nascita)

e residente in _____
(indirizzo)

(CAP) (comune di residenza) (provincia)

(telefono casa) (FAX) (e-mail)

CHIEDE

di poter sostenere nella sessione di esame del __/__/__ i seguenti esami (massimo 4):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MODULO: Computer Essential | <input type="checkbox"/> MODULO: Online Collaboration |
| <input type="checkbox"/> MODULO: Word Processing | <input type="checkbox"/> MODULO: Presentation |
| <input type="checkbox"/> MODULO: Online Essential | <input type="checkbox"/> MODULO: IT-security |
| <input type="checkbox"/> MODULO: Spreadsheets | <input type="checkbox"/> MODULO: Using DataBase |

e dichiara di essere:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> un Docente o un ATA | <input type="checkbox"/> uno studente di un altro Istituto |
| <input type="checkbox"/> uno studente, un ex studente dell'Istituto | <input type="checkbox"/> una persona esterna all'Istituto |

A tal proposito si dichiara che con la presente si autorizza il Test Center (T.C.) ad elaborare i dati personali ed inviarli all'AICA nel rispetto della legge n. 675 del 31/12/96 sulla tutela della privacy.

La Skills Card in mio possesso ha N° _____ rilasciata dal T.C. _____

Non possiedo la Skills Card, ma l'ho richiesta al vostro T.C. e la ritirerò all'atto dell'esame.

__ sottoscritt __ si impegna a rispettare gli orari del T.C. e, nel caso di rinuncia, ad avvertire con almeno un giorno di anticipo la Segreteria dell'Istituto il Direttore S.G.A..

_____, li __/__/__ Firma _____

(da compilare dagli addetti di Segreteria)

La Segreteria autorizza l'esecuzione degli esami sopra indicati in data __/__/__

N° Skills Card: _____ Firma _____