

ANNO SCOLASTICO 2024/25
MODULO ISCRIZIONE ESAMI I.C.D.L.

Il/La sottoscritto/a

COGNOME *	NOME *
DATA DI NASCITA *	N° SKILLS CARD *
INDIRIZZO EMAIL*	RECAPITO TELEFONICO*
CLASSE FREQUENTATA _____	

*** CAMPI INDISPENSABILI : NON VERRA' ACCOLTA LA DOMANDA CHE NON PRESENTA I DATI RICHIESTI**

CHIEDE DI SOSTENERE I SEGUENTI ESAMI NELLA SESSIONE DEL _____

<input type="checkbox"/> COMPUTER ESSENTIALS	<input type="checkbox"/> IT SECURITY
<input type="checkbox"/> ON LINE ESSENTIALS	<input type="checkbox"/> PRESENTATION
<input type="checkbox"/> WORD PROCESSING	<input type="checkbox"/> ON LINE COLLABORATION
<input type="checkbox"/> SPREADSHEETS	<input type="checkbox"/> IT SECURITY CON IOCLICCOSICURO
<input type="checkbox"/> ALTRO

LIVORNO, _____

FIRMA _____