

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "Alessandrini-Marino-Pascal-Comi-Forti"

Polo Tecnologico Economico

Via S. Marino, 12 - 64100 Teramo - tel. 0861/411762 - fax 0861/211110

e-mail **ecdli@iisteramo.edu.it**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Alessandrini-Marino-Pascal-Comi-Forti"
TERAMO*Domanda di iscrizione alla sessione di esami ICDL del/...../.....*

__I__ sottoscritt__

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Tel. _____

E-mail _____

Classe _____ Sez. _____ (solo se alunno dell'istituto)

Skills Card n.° _____ (solo se in possesso)

Acquistata presso I.I.S. "Alessandrini-Marino-Pascal-Comi-Forti" Sì No **CHIEDE**di sostenere l'esame **ICDL FULL STANDARD UPDATE** al costo di (barrare la casella opportuna) **75 € Skills Card** acquistata presso I.I.S. "Alessandrini-Marino-Pascal-Comi-Forti" **80 € Skills Card** acquistata presso *altro Test Center**Il pagamento va effettuato esclusivamente tramite PagoPà, utilizzando il servizio di pagamento Pago in Rete del Ministero dell'Istruzione. La scuola provvederà all'invio del relativo avviso di pagamento.*

Allega:

1) domanda di rinnovo Accredia – MODULO SC 04-R

Data ____/____/____

Firma _____