



**ISTITUTO TECNICO**  
"SCARUFFI LEVI TRICOLORE"

RETD09000V - C.F. 91168520350

<https://www.scaruffilevitricolare.edu.it>

e-mail: [ret09000v@istruzione.it](mailto:ret09000v@istruzione.it) / [ret09000v@pec@istruzione.it](mailto:ret09000v@pec@istruzione.it)

Via Filippo Re, 8  
42121 Reggio Emilia (Italy)  
(39) 0522-435761

Via Pascal, 79  
42123 Rivalta (RE) (Italy)  
(39) 0522 - 560085



Associato RE\_\_0003

Test Center ECDL



**SKILL CARD N°**  
USO INTERNO

**Data rilascio:**  
USO INTERNO

CLASSE :

(Compilare in ogni sua parte in stampatello – I dati contrassegnati con l'asterisco \* sono obbligatori.

I dati anagrafici evidenziati in **neretto** saranno pubblicati nell'elenco delle persone certificate, previo consenso dell'interessato)

**Anagrafica:**

**COD. FISC. \***

**Cognome \***

**Nome \***

**Data di nascita \***

**Luogo di nascita \***

**Prov \***

**Indirizzo:**

**Città \***

**Prov. \***

**CAP \***

**Via \***

**Cell.**

**e-mail (non quella @scaruffilevitricolare.edu.it): \***

*Titolo di studio\**

- scuola dell'obbligo  
 diplomato  
 laureato  
 non dichiarato

*Occupazione\**

- studente scuola primaria  
 studente scuola secondaria primo grado  
 studente scuola secondaria secondo grado  
 studente universitario  
 lavoratore dipendente  
 lavoratore autonomo  
 pensionato  
 casalinga  
 in cerca di occupazione

Il sottoscritto dichiara di aver letto e di essere consapevole che il test center ed AICA, possono utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (G.D.P.R.).

**Solo** nel caso di candidato di età inferiore ai 14 anni (Decreto 101 del 10/8/2018), indicare di seguito i dati di chi esercita la patria potestà

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**Firma del candidato o di chi ne esercita la patria potestà :** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 3 b)** dell'Informativa (eventuali interviste telefoniche):

Presta il consenso

Nega il consenso

- in merito all'eventuale **trattamento di dati sensibili**:<sup>1</sup>

Presta il consenso

Nega il consenso

Firma del candidato o di chi ne esercita la patria potestà : \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Il consenso è richiesto **solo** nel caso in cui il Test Center debba attivare l'apposita procedura di esami per *candidati diversamente abili*, di cui al capitolo 9 di QA-ESA10. Il mancato consenso impedirà l'invio della richiesta ad ASPHI e conseguentemente renderà impossibile l'effettuazione degli esami con la specifica procedura per candidati diversamente abili.

## CHIEDE

l'iscrizione alla Certificazione **Icdl Standard** articolata nei seguenti sette moduli.

- **Computer Essentials** (*Concetti di base del computer*).
- **Online Essentials** (*Concetti fondamentali della rete*).
- **Word Processing** (*Elaborazione testi*).
- **Spreadsheets** (*Foglio elettronico*).
- *Presentation* (*Strumenti di presentazione*). \*
- *Online Collaboration* (*Collaborazione in rete*). \*
- *IT Security* (*Sicurezza informatica*). \*
- *Using Database* (*Base dati*). \*

\* ecdl base + 3 moduli facoltativi a scelta - certificazione **Ecdl Standard**

### Nota:

La presente domanda, compilata in tutte le sue parti, deve essere inviata tramite *mail* a:

[tecnici\\_scaruffi@scaruffilevitricolore.edu.it](mailto:tecnici_scaruffi@scaruffilevitricolore.edu.it) ed aspettare che venga inviato l'avviso di pagamento (PagoPA) tramite registro elettronico o mail in caso di utenti esterni.

“Quota per rilascio Skills Card ICDL”

- **Euro 60,00 iva inclusa** (studenti/docenti/ATA)
- **Euro 80,00 iva inclusa** (esterni - privati)