

Modulo d'acquisto Skill card

Da compilarsi in tutte le sue parti e rimandare a ecdl@excol.net

Data:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nuova ECDL | <input type="checkbox"/> | Ecdl Health | <input type="checkbox"/> |
| EQDL | <input type="checkbox"/> | Privacy e sicurezza | <input type="checkbox"/> |
| Ecdl WebEditing | <input type="checkbox"/> | Ecdl ImageEditing | <input type="checkbox"/> |

Cognome _____ **Nome** _____

Sesso* _____ **Codice Fiscale** _____

Data di Nascita _____ **Luogo di Nascita** _____

Stato civile _____ **Indirizzo** _____

CAP _____ **Citta** _____

Provincia _____ **Nazione** _____

Scolarità _____ **Occupazione** _____

Telefono _____ **Cellulare** _____

E-Mail _____ **È già certificato ECDL SI** **NO**

Data di Rilascio (gg/mm/aaaa) _____

Il/la sottoscritto/a _____
dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.vo 196/2003 ed esprime il
consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e/o sensibili per:

- gestione del rapporto contrattuale intercorrente con Lei
- invio di materiale informativo inerente le proposte formative organizzate dall'ente
- comunicazione dei dati ai collaboratori che organizzano e svolgono attività formative
- comunicazione di offerte commerciali nei limiti indicati nell'informativa.

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Indicare con la crocetta le finalità alle quali si dà consenso. L'autorizzazione per la gestione del rapporto contrattuale (se esiste) è necessaria per poter adempiere al contratto.)

Data

Firma
