



## Modulo per l'acquisto della Skills Card "NUOVA E.C.D.L"

Si richiede una Skills Card a nome di \_\_\_\_\_ (NB: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente e in stampatello)

Cognome

Nome

Data di nascita

Comune di nascita

Indirizzo

Città

C.A.P.

Provincia

Nazione

E-mail

Codice Fiscale

Telefono casa e/o Cellulare

Studente  
 Genitore di studente del Liceo Galilei  
Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

Studente di altra scuola o Ente di provenienza (specificare)

Personale della scuola

Si allega dichiarazione attestante la qualifica rilasciata dal Dirigente scolastico

Scolarità

- scuola dell'obbligo  
 scuola media superiore  
 università  
 laureato

Occupazione

- studente  
 lavoratore dipendente  
 lavoratore autonomo  
 in cerca di occupazione  
 pensionato  
 altro

Con la presente si dichiara di aver preso visione dell'informativa e di concedere al Test Center il permesso ad elaborare i dati ed inviarli all'AICA, nel rispetto del d.lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy.

### MODALITA' DI PAGAMENTO

tramite PagoPa sul portale <https://mypay.provincia.tn.it/pa/home.html>

**Beneficiario:** Liceo Scientifico G. Galilei Trento **Tipologia di pagamento:** SC01 per studenti interni, SC02 per altri utenti

**Causale:** Certificazione ECDL - Cognome Nome

### IMPORTO DA VERSARE

<b>STUDENTI INTERNI</b> (solo skills card)	€ 50,00
eventualmente cumulativamente per ciascun esame	€ 14,00

<b>STUD. EST. di qualsiasi ordine; GENITORI di stud. int.; PERSONALE DELLA SCUOLA, int. ed est.</b>
€ 55,00 la Skills card + € 17,00 ciascun esame

<b>PRIVATI</b>
€ 70,00 la Skills card + € 20,00 ciascun esame

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (del genitore in caso di minorenni)

Referente ECDL: prof.ssa **Franca Bosetti** (vicepresidenza) tel. 0461 913479 e-mail: [ecdl@lsgalilei.org](mailto:ecdl@lsgalilei.org)  
Vicepresidenza dal lunedì al venerdì 8.00 - 13.00

**IMPORTANTE: ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO EFFETTUATO**



## **Modulo QA-ESAMOD16 - Rev. 4 del 01-08-2018**

### **Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali**

Luogo : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

#### **Candidato**

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

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

Cod.fiscale : \_\_\_\_\_

**Solo** nel caso di candidato di età inferiore ai 16 anni, indicare di seguito i dati di chi esercita la patria potestà

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

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

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

- 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** : \_\_\_\_\_

<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.