



MODULO DI ISCRIZIONE CERTIFICAZIONE INFORMATICA
Ente Certificatore EIPASS

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ in _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ Città _____

telefono abitazione _____ cell. _____

email _____

in possesso del titolo di studio _____

conseguito presso _____ data/anno _____

Chiedo di essere ammesso all'iscrizione per il conseguimento della Certificazione Informatica rilasciata dall'Ente Certificatore EIPASS.

Dichiaro di impegnarmi a versare, all'atto dell'iscrizione la somma di euro 150,00 (CENTOCINQUANTA/00).

BENEFICIARIO: ARKADIA **IBAN:** IT37 Y056 0240 2700 0200 0018 267 **PRESSO:** BANCA POPOLARE VESUVIANA

CAUSALE: CONTRIBUTO ASSOCIATIVO - COGNOME NOME - TIPOLOGIA CORSO

Alla domanda dovrà essere allegata copia del documento di riconoscimento.

Il candidato dichiara di essere a conoscenza della non applicabilità della disciplina prevista dal D. Lgs. 185/1999 (diritto di recesso) e che quanto versato per la suddetta iscrizione non sarà restituito in caso di rinuncia alla sua partecipazione.

I dati anagrafici ed il titolo di studio sono stati dichiarati ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, con la consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

Data ____/____/____

Firma _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs. 196/2003 e successive modifiche.

Data ____/____/____

Firma _____