

## Certificazione EI-PASS

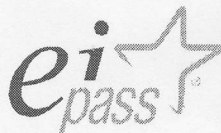
Full 7 Moduli

Teacher

LIM

P.A.

ONE



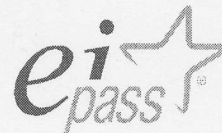
Sanità Digitale

Lab

Web

Progressive

Basic



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

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

### Residenza:

Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ N° Civ. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Occupazione : \_\_\_\_\_

### Polo di Riferimento ( Nome Istituto )

(\*) Tutti i campi sono obbligatori

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: in merito al trattamento dei dati personali per i fini indicati nell'Informativa sulla Privacy di registrazione per il rilascio della Ei-Card EIPASS e/o dell'attestato di Certificazione Informatica scelto tra quelli sopra indicati

Presta il consenso  Nega in consenso

al compimento di ricerche di mercato e/o svolgimento di attività promozionali

Presta il consenso  Nega in consenso

**Attenzione:** il mancato consenso al trattamento dei dati personali comporterà l'impossibilità da parte del candidato alla registrazione e conseguente rilascio della Ei-Card e, quindi, al sostenimento degli esami di certificazione scelti.

Luogo e data di sottoscrizione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma Candidato: \_\_\_\_\_