

**AUTONOMIA n. 54-ISTITUTO MAGISTRALE STATALE "T. CONFALONIERI"**

a indirizzo linguistico e sociopsicopedagogico

P.zza G. C. Capaccio Tel. 0828460002— 46049 —Fax 46228 - E mai!: *ecdl.campagna@tiscali.it* -

**84022 CAMPAGNA (SA)**

C. F. 91011770657



**DOMANDA DI PRENOTAZIONE  
AI CORSI ECDL (1° CICLO)**

Il sottoscritto/a    
(cognome) (nome)

nato/a il  /  /  a   
(data di nascita) (luogo di nascita)

residente in  Via  prov

e-mail  @  tel

di professione: studente  - docente  - personale ATA

dopo aver preso visione delle tipologie dei corsi e dei relativi costi

**chiede alla S.V.**

di poter partecipare al prossimo corso che sarà indetto da Codesta Istituzione Scolastica.

Il sottoscritto specifica che il corso, di maggiore interesse, cui desidera partecipare è :

**A) CORSI PER DOCENTI, STUDENTI E PERSONALE ATA per 20 corsisti**

A.1) : **Biennale**       A.2) **Triennale**

Allo scopo

Il sottoscritto/a **DICHIARA** di essere   
(studente interno / docente/per. ATA/ studente di altra scuola)

e di voler ricevere informazioni sull'inizio delle attività al seguente recapito :

Via \_\_\_\_\_

CAP - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Eventuali annotazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**LEGGE 675/96**

Ai sensi della legge 675/96 si dichiara che tutti i dati comunicati da chiunque a Questa Istituzione Scolastica, verranno utilizzati unicamente per gli scopi previsti dal servizio del Centro ECDL; è esclusa la comunicazione e/o la cessione di dati a terzi, sotto qualsiasi forma. Compilando il presente modulo si autorizza, implicitamente, l'Istituto Magistrale "T. Confalonieri" a detenere ed a comunicare a chi ne ha diritto i dati stessi.

Data ...../...../.....

Firma .....