

**Test Center AOP\_\_01**

**RICHIESTA SKILLS CARD ICDL - Esterni**

**Il sottoscritto**

Titolo \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_ Codice Fiscale

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Scolarità \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'assegnazione della skills card al costo di **Euro 70,00**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il pagamento dovrà essere effettuato tramite PAGOPA con modalità comunicate successivamente a questa richiesta.*