

Test Center AOP__01

RICHIESTA SKILLS CARD ICDL - Interni

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 65,00**

Data _____

Firma _____

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