



IIS " Alessandrini – Marino "
Via S. Marino, 12 - 64100 Teramo - tel. 0861/411762 - fax 0861/211110
e-mail **ecdl@iisteramo.gov.it**

Test Center
AIY__01

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "Alessandrini – Marino"

TERAMO

Domanda di iscrizione alla sessione di esame ECDL del __/__/__

__/__/__ sottoscritt__

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/__ tel _____ eMail _____

Skill Card n° _____ (solo se in possesso)

CHIEDE

Di sostenere l' esame **ECDL Health** al costo di (barrare la casella opportuna)

40€ Utente con skill rilasciata dal TC AIY__01

50€ Utente con skill esterna

Allega la ricevuta del pagamento, effettuato su bollettino di c/c. postale n. 99156994, intestato a: I.I.S. "Alessandrini-Marino" con causale: " Esami ECDL "

data __/__/__

Firma _____