

MODULO ISCRIZIONE CORSI ONLINE



TIPOLOGIA DI CORSO ONLINE EIPASS RICHIESTO	
<input type="checkbox"/> USO DIDATTICO DELLA LIM (300 ORE)	<input type="checkbox"/> TEACHER (300 ORE)

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ **Cognome:** _____

Luogo di nascita: _____ **Prov:** _____ **Data:** ___/___/___

Sesso: M F

Codice Fiscale:

RESIDENZA

Città: _____ **Prov:** _____ **CAP:** _____

Indirizzo: _____ **N° Civ:** _____

Tel.: _____ **Cell:** _____

Email: _____

(L'indirizzo email fornito deve essere funzionante)

Titolo di studio: _____ **Occupazione:** _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL CANDIDATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 dell'attestato di frequenza 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

Luogo e data

Firma
