

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ESAME HEALTH

La/il sottoscritta/o

Cognome* _____ **Nome*** _____**nata/o il*** _____

e-mail * _____

telefono/ cellulare * _____

In possesso di Skill card n.* _____

Rispetto all'Istituto Delpozzo *

☐ frequentante la classe _____ ☐ esterno**RICHIEDE**

al Centro Accreditato Istituto Delpozzo di poter sostenere il seguente esame:

DESCRIZIONE	DATA ESAME
HEALTH	

Allega ricevuta (o fotocopia) del pagamento di € 35,00, effettuato mediante la seguente modalità:

- accedere al servizio centralizzato per i pagamenti del MIUR PAGOINRETE al link <https://www.istruzione.it/pagoindrete>
- scegliere VERSAMENTI VOLONTARI
- indicare il codice della scuola CNTF010005
- scegliere la voce ICDL A.S. 2021/2022
- inserire i **dati relativi alla persona che sosterrà l'esame**
- modificare l'importo, indicando € 35,00
- indicare il prodotto che si intende acquistare (esame Health)

DA RICORDARE:

Nel caso di impedimento a sostenere l'esame, il candidato che non avrà avvisato la Responsabile entro il giorno precedente l'esame perderà la quota d'iscrizione. Fanno eccezione i motivi di salute documentati. E' possibile comunicare con la responsabile via telefono (0171/634091) o via e-mail (ecd1@itiscuneo.eu)

Data

Firma

.....