



**Istituto d'Istruzione Superiore Statale  
"G. Peano – C. Rosa" Nereto (TE)**

Liceo: Scientifico – Scientifico opz. Scienze Applicate – Linguistico – Scienze Umane - Scienze Umane opz. Economico Sociale  
Istituto Tecnico Economico: Amministrazione Finanza e Marketing – Sistemi Informativi Aziendali – Turismo – Corso Serale AFM  
Sede centrale Viale Europa, 15 – 64015 Nereto (TE) – ☎ Presidenza: 0861/856462 ☎ Segreteria 0861/856778 ☎ 0861/855677  
C.M. TEIS00100V - C.F. 91000080670 – C.C.P. 11274644 - Sito Internet: [www.liceonereto.it](http://www.liceonereto.it) – E-Mail: [teis00100v@istruzione.it](mailto:teis00100v@istruzione.it)

**I.T.E. "C. ROSA" TEST CENTER per il conseguimento della  
European Computer Driving Licence**



Il/La sottoscritto/a alunno/a della classe  Sesso:

Cognome:  Data di nascita:

Nome:  Luogo di nascita:

**Chiede**

Di essere ammesso a sostenere nella sessione del  gli esami  
relativi ai seguenti moduli

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Computer Essentials</b>	<b>Online Essentials</b>	<b>Word Precessing</b>	<b>Spreadsheet</b>	<b>IT Security – Specialised Level</b>	<b>Presentation</b>	<b>Online Collaboration</b>
<b>BASE</b>						

- Dichiaro di essere in possesso della Skills Card n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_
- Allega la ricevuta del versamento di € \_\_\_\_\_ (pari a € 23,00 per ciascun esame, quale contributo per laboratori) effettuata sul c.c.p. n. 11274644 intestato a I.I.S "Peano-Rosa" Nereto.

Nereto, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'UFFICIO

Prenotazione Atlas in data .....

Poiché gli esami devono essere prenotati on line, la richiesta deve essere effettuata improrogabilmente entro 7 giorni dalla data dell'esame; oltre tale data non sarà accettata.



**AICA**  
Associazione Italiana  
per l'Informatica ed  
il Calcolo Automatico

## **Modulo QA-ESAMOD16 - Rev. 2 del 18-01-2006**

### **Acquisizione del consenso del candidato al trattamento dei dati personali**

#### **Candidato**

Cognome : \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Solo** nel caso di candidato minorenni, indicare di seguito i dati di un genitore, o chi esercita la patria potestà e che apporrà la firma di sottoscrizione

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome : \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003:

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 1/a** dell'Informativa (rilascio e registrazione della Skills Card, ai fini dell'effettuazione degli esami e della stampa del certificato ECDL, una volta superati gli esami):

Presta il consenso  Nega il consenso

- in merito al **trattamento dei dati personali** per i fini indicati al **punto 1/b** dell'Informativa (eventuali interviste telefoniche):

Presta il consenso  Nega il consenso

- in merito all'eventuale **trattamento di dati sensibili**.<sup>1</sup>

Presta il consenso  Nega il consenso

**NB** Il mancato consenso al *trattamento dei dati personali* per il punto **1/a** comporterà l'impossibilità da parte del candidato di sostenere gli esami ECDL e conseguire il relativo Certificato; il mancato consenso al trattamento dei *dati sensibili* comporterà l'impossibilità di richiedere l'autorizzazione alla procedura d'esami per disabili.

Luogo e data di sottoscrizione: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Firma del candidato**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Consenso obbligatorio per *candidati diversamente abili*, per i quali il Test Center richiede l'autorizzazione all'apposita procedura di esami, di cui al capitolo 9 di QA-ESA10.

<sup>2</sup> O, in caso di minore, di un genitore o di chi esercita la patria potestà in sua vece