

Premesso che

- Y Ho preso visione della informativa sulla privacy e consento al trattamento dei dati personali.
- Y Ho preso visione della scheda esplicativa delle modalità e dei costi dell'offerta pubblicata sul sito [www.cartesiocentrostudi.it](http://www.cartesiocentrostudi.it)
- Y Ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, DICHIARO la veridicità di tutti i dati inseriti nel presente modulo.

Chiedo l'iscrizione alla **CERTIFICAZIONE EIPASS** :

<input type="checkbox"/> <b>7 MODULI USER</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>CYBERCRIMES</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>BASIC</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>CAD</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>CODING</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>DPO</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>INFORMATICA GIURIDICA</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>IT SECURITY</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>JUNIOR</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>LIM</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>ONDEMAND</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>PERSONALE ATA</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>PROGRESSIVE</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>SANITA' DIGITALE</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>SOCIAL MEDIA MANAGER</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>TABLET</b>	€ 150.00
<input type="checkbox"/> <b>TEACHER</b>	€ 150.00

Dati anagrafici

Cognome:.....

Nome:.....

Nato a:.....(.....) il: .....

Codice fiscale:.....

Email:.....

Residenza e recapiti

Indirizzo:.....

Comune:.....(.....)CAP:.....

Telefono:.....Cellulare:.....

A tal fine allego:

- Documento di riconoscimento
- Codice fiscale (tessera sanitaria)

Data

Firma

Note eventuali: