

MODULO PRENOTAZIONE EiCard per SOGGETTI ESTERNI ALLA SCUOLA

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Domicilio Via/Piazza _____ CAP _____ Città _____

Tel _____ Cellulare _____ E-mail _____

Titolo di studio _____ Occupazione _____

Profili	COSTI in euro
EIPASS 7 MODULI Ei-Card comprensiva di 7 moduli	110,00
EIPASS BASIC Ei-Card comprensiva di 4 moduli	60,00
EIPASS ONE Ei-Card comprensiva di 1 modulo	37,00
EIPASS PROGRESSIVE Ei-Card comprensiva di 5 moduli	86,00
EIPASS TEACHER Ei-Card comprensiva di 5 moduli	86,00
EIPASS WEB Ei-Card comprensiva di 4 moduli	110,00
EIPASS LAB Ei-Card comprensiva di 6 moduli	110,00
EIPASS LIM Ei-Card comprensiva di 5 moduli	110,00
EIPASS JUNIOR Ei-Card comprensiva di 5 moduli	86,00
EIPASS P.A. Ei-Card comprensiva di 4 moduli	110,00
EIPASS SANITÀ DIGITALE Ei-Card comprensiva di 5 moduli	110,00
CAD Ei-Card comprensiva di 2 moduli	110,00
SCUOLA DIGITALE Ei-Card comprensiva di 5 moduli	110,00
Corso di Formazione online + certificazione (LIM - ATA)	244,00
Corso di Formazione in presenza + certificazione	250,00
Credito Modulo d'esame aggiuntivo	15,00

I costi si intendono comprensivi di IVA al 22%

_ I _ sottoscritt_ **DICHIARA** di:

- aver ricevuto tutte le informazioni in merito al Programma Didattico d'Esame nonché in relazione a tutte le procedure di erogazione degli esami e al rilascio dell'attestato finale;
- autorizzare l'istituzione in epigrafe al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo ai sensi della legge 196/2003;
- provvedere al saldo dell'importo da corrispondere a mezzo **CCP n° 20451449** intestato a: **Bimed (Ass. di Enti Locali)** specificando la causale di versamento: **Acquisto EiCard**.

Data ____/____/____

Firma _____

In caso di candidato di età inferiore ai 18 anni, indicare di seguito i dati di un genitore o chi ne fa le veci.

Cognome _____ Nome _____

Identificato con il documento _____ rilasciato il _____

da _____ in qualità di _____

dello/a studente/ssa _____ frequentante la classe _____ sez. _____

presso l'istituto _____ di _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

DATI FATTURAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Domicilio Via/Piazza _____ CAP _____ Città _____

P.IVA / Cod. Fisc.