Alla Dirigente Scolastica
I.C. Cavallino (Le)

Oggetto: modulo di prenotazione esame Certificazione EIPASS 7 MODULI USER

(Dati del corsista)

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a _____il_____

residente a _____in via_____cell_____e-mail_____

Codice fiscale:_____ Numero ei-card: _____

☐Alunno/a della classe sez _____ ☐ Ex alunno ☐Docente /ATA interno ☐Genitore ☐Altro

CHIEDE

di partecipare alla sessione d'esame EIPASS programmata per il giorno_____alle ore_____

Indicare il titolo di uno o più moduli per i quali si vuole sostenere l'esame:

Titolo del/dei modulo/i (in stampato maiuscolo):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

N.B. Il giorno dell'esame il candidato è tenuto a presentarsi munito di Documento di Identità e Ei-card

Data __ / __ / _____ Firma_____
(del genitore per i minori)