

Da stampare compilare e scansionare

inviare la scansione a icdl@classicomacerata.edu.it

consegnare il modulo cartaceo in segreteria

Modulo richiesta DigComp 2.2

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

N. Skill Card: _____ e-mail _____

Chiede

di poter svolgere l'esame DigComp 2.2

Il costo è di € 20

Le istruzioni per il pagamento saranno comunicate all'indirizzo mail specificato, subito dopo la ricezione della scansione della presente richiesta.

Data _____

Firma _____