MODULO 05

Al Dirigente Scolastico

della Scuola/Istituto _____

Via _____ n. _____

_____ _____ _____

OGGETTO: Richiesta iscrizione al CORSO + esami per la LIM CERTIFICATE ® Intermediate.

__l__ sottoscritt___ Cognome _____ Nome _____

nat __ a _____ il ____/____/____ Telefono _____

e residente in _____ Cap _____ Via _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

e-mail _____ titolo di studio _____

CHIEDE

a codesto TEST CENTER ASSODOLAB di poter iscriversi al corso e sostenere gli esami per il conseguimento della LIM CERTIFICATE ® Intermediate.

Dichiara di essere a conoscenza che il giorno dei test dovrà consegnare all'Esaminatore:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento;
- 2 post effettuati sul sito www.assodolab.it nella sezione FORUM LIM e LIM CERTIFICATE ®;
- una tesina su CD-DVD, anche di modeste dimensioni, con il software LIM _____ utilizzato;
  (indicare il software adoperato)
- fotocopia della LIM CERTIFICATE ® Basic.

Allega alla presente:

- ricevuta di versamento di €uro _____ versato sul CCP n. _____ intestato alla Scuola/Istituto scolastico;
- modulo relativo al trattamento dei dati personali.

Luogo/data _____ Firma _____

INFORMATIVA – Il firmatario dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed autorizza il Test Center Assodolab della Scuola/Istituto Scolastico ad utilizzare i suoi dati personali per finalità direttamente connesse e strumentali all'erogazione del servizio offerto e per includerli nelle liste degli iscritti e dei certificati LIM CERTIFICATE Intermediate. I dati personali verranno comunicati all'ASSODOLAB, che li utilizzerà anche per statistiche interne. In relazione al suddetto trattamento, il firmatario potrà esercitare tutti i diritti di cui al punto 2 dell'art. 7 del D.Lgs 196/03; in particolare potrà avere accesso ai propri dati, chiedendone la cancellazione o la modifica, oppure opporsi al loro utilizzo, dandone comunicazione al Dirigente Scolastico o direttamente all'ASSODOLAB – Via Cavour, 76 – 76015 TRINITAPOLI BT – Italy con lettera Raccomandata oppure per e-mail: testcenter@assodolab.it

Luogo/data _____ Firma _____

Il presente Modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere scansionato ed inviato a: ***testcenter@assodolab.it***