



QUESTIONARIO DI ACCREDITAMENTO 2.1

Per accreditare un centro come sede d'esame ICL è necessario compilare il presente questionario in tutte le sue parti e inviarlo via email all'indirizzo:

***accreditamenti@icl-cert.org***

**Il questionario consta di 4 sezioni:**

- Sede legale
- Sede d'esame
- Referente programma ICL
- Esaminatore ICL

La compilazione del seguente modello vale come dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445). Le dichiarazioni mendaci sono soggette alle sanzioni penali richiamate dall'Art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

ISTITUTO GAMMA si riserva di verificare la veridicità dei dati. La non corrispondenza delle dichiarazioni rispetto a quanto rilevato in fase di verifica è in sé motivo sufficiente per respingere la domanda di accreditamento.

L'esame del questionario costituisce il primo passo del processo di accreditamento nel corso del quale potranno essere richiesti ulteriori documenti ad integrazione.

In attesa dell'eventuale accreditamento è fatto divieto assoluto di fare pubblicità sul rilascio della certificazione ICL, nonché di utilizzare i marchi ICL ed ISTITUTO GAMMA.

Il mancato rispetto di questa direttiva comporta l'immediata sospensione del processo di accreditamento.

Luogo e data

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Denominazione della sede legale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Sito Web \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita iva \_\_\_\_\_

Registrazione CCIAA n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Tipologia dell'ente:

Scuola pubblica

Scuola privata

Università pubblica

Università privata

Ente o Associazione no-profit

Ente pubblico

Centro di formazione privato

Azienda

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Tipologia di accreditamento richiesto:

Direct  
centro accreditato direttamente con ISTITUTO GAMMA.

Powerful  
centro accreditato direttamente con ISTITUTO GAMMA che può affiliare altri centri.

Linked  
centro accreditato direttamente con ISTITUTO GAMMA affiliato ICL-Centre \_\_\_\_\_  
specificare il codice

Denominazione della sede d'esame \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Sito web \_\_\_\_\_

Quante sono le aule dedicate all'attività didattica e d'esame? \_\_\_\_\_

Nella sede è presente un laboratorio di informatica?  Sì  No

Quanti sono i PC presenti nel laboratorio? \_\_\_\_\_

In che modo è garantita la separazione tra le postazioni?

Sufficiente distanza (almeno 80 cm)  Pannelli divisorii

Altro \_\_\_\_\_

La disposizione logistica del laboratorio consente la sorveglianza di tutte le postazioni?

Sì  No

Ogni PC possiede i seguenti requisiti minimi?

Sì  No

- processore Pentium III o equivalente da almeno 1 GHz
- almeno 256MB di RAM
- scheda di rete compatibile TCP/IP
- scheda video SVGA con risoluzione minima 1024x768 a 16 milioni di colori
- connessione internet a banda larga
- browser Internet Explorer vers. 8.0 o superiore
- sistema Operativo a interfaccia grafica (GUI)

La sede d'esame è conforme alle norme di sicurezza secondo la normativa vigente

Sì  No

La sede d'esame è conforme alle norme igienico sanitarie dei locali pubblici?

Sì  No

La sede d'esame consente l'accesso alle persone diversamente abili?

Sì  No

la sede di esame è Accreditata alla Regione di competenza?

Sì                  No

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto contrattuale con l'ente:

- subordinato (dipendente)     collaborazione coordinata e continuativa  
 collaborazione saltuaria     collaborazione professionale     socio  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

Titolo di studio

Laurea in \_\_\_\_\_

Diploma in \_\_\_\_\_

Certificazioni conseguite nell'ambito delle discipline informatiche (max 5 righe)

---

---

---

---

---

Esperienze di insegnamento in campo informatico negli ultimi 3 anni

---

---

---

---

---

Consenso al trattamento dei dati personali: ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento dei dati qui riportati per finalità funzionali allo svolgimento della vostra attività e connesse alla fruizione dei servizi, per l'elaborazione di statistiche, la commercializzazione e l'invio di materiale pubblicitario/promozionale e di aggiornamento sui servizi, mediante telefono, posta ordinaria ed elettronica, internet e per l'assolvimento dei compiti di legge. Dichiaro di essere consapevole che in mancanza di tale consenso l'attivazione e l'accesso a tali servizi non sarà possibile e di disporre delle facoltà di cui all'art. 7 del citato d.lgs.

Sì       No

FIRMA

---

NOTA: L'esaminatore può anche coincidere con il referente del programma ICL.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto contrattuale con l'ente:

- subordinato (dipendente)     collaborazione coordinata e continuativa  
 collaborazione saltuaria     collaborazione professionale     socio  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

Titolo di studio

Laurea in \_\_\_\_\_

Diploma in \_\_\_\_\_



Certificazioni conseguite nell'ambito delle discipline informatiche (max 5 righe)

---

---

---

---

---

Esperienze di insegnamento in campo informatico negli ultimi 3 anni

---

---

---

---

---

Consenso al trattamento dei dati personali: ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento dei dati qui riportati per finalità funzionali allo svolgimento della vostra attività e connesse alla fruizione dei servizi, per l'elaborazione di statistiche, la commercializzazione e l'invio di materiale pubblicitario/promozionale e di aggiornamento sui servizi, mediante telefono, posta ordinaria ed elettronica, internet e per l'assolvimento dei compiti di legge. Dichiaro di essere consapevole che in mancanza di tale consenso l'attivazione e l'accesso a tali servizi non sarà possibile e di disporre delle facoltà di cui all'art. 7 del citato d.lgs.

Sì       No

FIRMA

---