



**CONSORZIO FIT**  
**VIALE MARCELLO FINZI, 587 – 41122 MODENA**  
**TEL. 059343422 – FAX. 059848245**  
**segreteria@consorziofit.it – www.consorziofit.it**

## **CORSO PER L'AMMINISTRAZIONE DI RETI INFORMATICHE IN AMBIENTE LINUX**

### **DETTAGLI CORSO**

Durata complessiva: 120 ore

N. minimo di partecipanti: 6

N. massimo di partecipanti: 10

Costo totale per partecipante: € 800,00 + IVA

Data di avvio: 18 Gennaio 2010 – orario: 18.30-21.30 – 2 volte alla settimana

Sede di svolgimento: Consorzio FIT – Viale M. Finzi, 587 – Modena

Certificazione rilasciata al termine: Attestato di frequenza

### **DESTINATARI**

Il corso è rivolto a persone in possesso di competenze di base di networking.

### **OBIETTIVI**

Il corso intende fornire competenze per progettare, implementare e gestire reti locali (LAN) basate su sistemi di rete Linux.

### **RISULTATI ATTESI**

Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di:

1. Progettare e dimensionare un rete locale secondo gli standard attuali;
2. Configurare ed implementare server ed apparecchiature attive di rete Linux based;
3. Configurare servizi di rete ed amministrare utenti;
4. Sicurezza delle reti e alla trasmissione di pacchetti di dati

### **MODULI DIDATTICI**

1. Scelta, installazione e configurazione del sistema operativo di rete ed applicativi – 49 ore
2. Internetworking – 25 ore
3. Gestione di un'infrastruttura di rete: troubleshooting e problem solving – 46 ore



**CONSORZIO FIT**  
**VIALE MARCELLO FINZI, 587 – 41122 MODENA**  
**TEL. 059343422 – FAX. 059848245**  
**segreteria@consorziofit.it – www.consorziofit.it**

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

**CORSO PER L'AMMINISTRAZIONE DI RETI INFORMATICHE IN AMBIENTE LINUX**

<b>DATI ANAGRAFICI :</b>	
COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO _____
CODICE FISCALE _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>RESIDENZA</b>	
Indirizzo _____	CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. _____	Fax _____ Cell. _____
<b>AZIENDA DI APPARTENENZA (se partecipazione tramite azienda)</b>	
Denominazione Azienda _____	Codice Settore (ATECO) _____
Indirizzo _____	CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. Azienda _____	Fax azienda _____
C.F. _____	P. iva _____ E.mail _____
Ruolo/Funzione del partecipante _____	

CONDIZIONE PROFESSIONALE:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Occupato alle dipendenze  | <input type="checkbox"/> Collaborazione |
| <input type="checkbox"/> Occupati con contratti a causa mista  | <input type="checkbox"/> Imprenditore   |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo (escl. Contratti di collaborazione coord. Continuativa) |   |

**Quota di iscrizione prevista: € 800,00 + iva**

**DISDETTE E RINUNCE.** Qualsiasi rinuncia deve pervenire, in forma scritta, entro 4 giorni lavorativi dall'inizio del corso. Oltre tale termine è previsto il versamento dell'intera quota di iscrizione.

Ci impegniamo a versare la quota sopra indicata MEDIANTE:

<input type="checkbox"/> - assegno intestato a CONSORZIO F.I.T. provvedendo al pagamento il giorno di inizio del corso	<input type="checkbox"/> - bonifico bancario, da effettuare prima dell'inizio del corso a Consorzio F.I.T. Banca: UNICREDIT - IBAN: IT53N0200866695000003103972 Si prega di inviare copia dell'avvenuto bonifico a mezzo fax al numero 059/359352 o via mail a <a href="mailto:segreteria@consorziofit.it">segreteria@consorziofit.it</a>
--	---

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

*Il pagamento potrà avvenire in due rate:*

*la prima (€ 480,00) ad avvio attività e la seconda (€ 480,00) dopo il primo mese di attività*

**Informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n.196**

La informiamo che i dati saranno trattati con strumenti informatici e non, dal Consorzio Fit e dai propri soci e partner. Ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.196/03, Lei ha diritto di ottenere ulteriori informazioni circa i suoi dati, chiederne la cancellazione, il blocco, l'aggiornamento ovvero opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. Può esercitare tali diritti scrivendo direttamente a Consorzio Fit Viale Virgilio 55 – 41100 Modena.  
Preso atto dell'informativa sopra riportata, e consapevole che senza il mio consenso il Consorzio Fit, i propri soci e partner non potranno trattare e comunicare i miei dati e le informazioni da me fornite ai fini riportati nella presente, autorizzo Consorzio Fit, i propri soci e partner a tale trattamento.

**DATA \_\_\_\_\_ FIRMA E TIMBRO AZIENDA \_\_\_\_\_**