

Restituire compilata entro il **31/07/2023**

Oggetto: Domanda di partecipazione Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di
ODONTOTECNICO/OTTICO.

Il/la sottoscritto/a _____

M F nato/a _____ prov. (_____) il _____

c. f. _____

residente a _____ via _____

cell. _____ indirizzo e.mail _____

titolo di studio conseguito _____ nell'a.s. ____/____ presso:

l'Istituto _____
di _____ con votazione di ____/____

l'Università _____
di _____ con votazione di ____/____

CHIEDE

di partecipare all'Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di

ODONTOTECNICO

OTTICO

Allega alla presente:

per i candidati interni ed esterni:

- ✓ Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE c.c. p. n. **1016** – Intestato ad Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara dell'importo di € **12,09** (causale: taxa esame di abilitazione Odontotecnico/Ottico);
- ✓ Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE – intestato a : I.I.S.S. "Don Tonino BELLO" – Tricase,– causale "Contributo interno per Laboratori" dell'importo di:
 - € **100,00** (cento/00) per i candidati provenienti da IISS "DON TONINO BELLO (interni)
 - € **150,00** (centocinquanta/00) per i candidati provenienti da altre Scuole del Territorio
 - € **250,00** (duecentocinquanta/00) per gli altri candidati.
- ✓ Documento di riconoscimento in corso di validità.

solo per i candidati esterni:

- ✓ **titolo di studio conseguito.**

Data ____/____/2023

Firma _____

L'iscrizione si intende perfezionata previo superamento di eventuali prove di accesso qualora il percorso scolastico e/o universitario non faccia emergere conoscenze nelle discipline afferenti agli insegnamenti obbligatori nell'area di indirizzo, presenti nelle rispettive articolazioni, impartite nel quarto e quinto anno del corso di studio di cui all'art. 2 e 3 dell'O.M. 457 DEL 15/06/2016.