

 				 	
Sedi	Tricase Via Apulia snc	I.I.S.S. "Don Tonino Bello" Tricase – Alessano Istruzione Professionale - Istruzione Tecnica		Alessano Via 2 Novembre	
Settori	Istruzione Professionale: <i>Industria artigianato per il Made Italy</i> <i>Servizi Commerciali – Servizi Pubblicitari</i> Socio Sanitario: <i>Odontotecnico - Ottico</i> Istruzione tecnica: <i>Trasporti e logistica: Conduzione del mezzo Navale - Conduzione del mezzo Aereo</i> Biotecnologie: <i>Chimica e Materiali – Biotecnologie Sanitarie– Biotecnologie Ambientali</i>			Istruzione Professionale: <i>Manutenzione Assistenza Tecnica:</i> - <i>manutenzione impianti</i> - <i>manutenzione mezzi di trasporto</i> Servizi Socio Sanitari: <i>Sociale</i>	

AVVISO

Esami di **abilitazione** all'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di **ODONTOTECNICO** e **OTTICO**.

Si comunica che presso questo Istituto si potranno sostenere gli esami di **abilitazione** all'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di **ODONTOTECNICO** e **OTTICO**.

Coloro che sono interessati producano domanda (modello allegato) **entro il 21/08/2019**

Si rammenta per i candidati **esterni** che potrebbero essere previsti esami preliminari secondo l'Ordinanza n° 457 del 15/06/2016 artt. 2 e 3.

L'Ufficio di Segreteria resterà a disposizione per eventuali informazioni.



Il Dirigente Scolastico
 prof.ssa Anna Lena MANCA

Restituire compilata entro il 21/08/2019

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. (_____) il _____
residente a _____ via _____
cell. _____ indirizzo e.mail _____
titolo di studio conseguito _____
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 gli alunni interni ed esterni:

- Ricevuta del versamento effettuato sul 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 sul c.c.p. n. 19346857 – intestato a : I.I.S.S. "Don Tonino BELLO" – Tricase, dell'importo di € 350,00 (trecentocinquanta/00) – causale "Contributo interno per Laboratori";
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

solo per gli alunni esterni:

- **titolo di studio conseguito**

Data _____/2019

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.