

## Restituire compilata entro il 18/09/2020

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 \_\_\_\_\_  
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 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 \_\_\_\_\_/2020

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.