

Restituire compilata entro il **15/07/2026**

Oggetto: Domanda di partecipazione Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di
ODONTOTECNICO/OTTICO nei giorni 21-22-23 settembre 2026

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: tassa 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 per Laboratori" dell'importo di € **150,00** (centocinquanta/00) come da delibera n° 64 del Consiglio di Istituto del 05/05/2026;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;

titolo di studio conseguito e piano di studi (solo per i candidati esterni). .

Data ____/____/2026

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.