Al Dirigente Scolastico del

 I.I.S. “E. FERMI”

Di ARAGONA (AG)

Domanda di iscrizione all’esame di abilitazione all’esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di Ottico e Odontotecnico – O.M. 248 del 6 agosto 2021

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare in qualità di CANDIDATO INTERNO all’Esame di Abilitazione all’Esercizio delle Arti Ausiliarie delle Professioni Sanitarie di: ODONTOTECNICO

A tal scopo dichiara: - di aver sostenuto gli esami conclusivi del corso di studio d’istruzione secondaria superiore ad indirizzo ODONTOTECNICO presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il risultato di \_\_\_\_\_\_ / 100;

A tal fine allega:

- Copia carta d’identità;

- Copia codice fiscale;

la domanda con gli allegati dovrà essere inviata dal 1° al 31/07/2024 a agis02400l@istruzione.it

INDICARE NELL’OGGETTO DELLA MAIL: COGNOME e NOME – ESAMI ABILITAZIONE ODONTOTECNICO

Il giorno dello svolgimento della prova pratica il candidato consegnerà ai Commissari l'attestazione di versamento di € 150,00 quale quota di partecipazione agli esami di abilitazione, versata secondo le modalità che saranno comunicate ai candidati dagli Uffici di Segreteria.

Aragona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del candidato