

Rif. V.D.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IP "L. SANTARELLA - S. DE LILLA"
PEO: BARI130007@ISTRUZIONE.IT

BARI

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AGLI ESAMI DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE ARTI AUSILIARIE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI ODONTOTECNICO - SESSIONE UNICA 2024

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il __/__/__
- di essere residente a _____ via/piazza _____
- di essere in possesso della cittadinanza _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Diploma del Settore "Servizi" – Indirizzo "Servizi socio-sanitari" – Articolazione "Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, Odontotecnico" (conseguito dall'a.s. 2023/2024)

Diploma del Settore "Servizi" - Indirizzo "Servizi socio-sanitari" - Articolazione "Odontotecnico" (conseguito entro l'a.s. 2021/2022)

Diploma nelle "Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, Odontotecnico" conseguito presso _____ entro l'a.s. 2013/14, ed allega attestazione dell'"Attività lavorativa svolta" o del "corso di formazione di cui al co. 2 art. 2 dell'O.M.n. 457 del 15/06/2016;

Diploma di istruzione secondaria di secondo grado: ed allega attestazione dell' Attività lavorativa svolta" o del "corso di formazione di cui al co. 2 art. 2 dell'O.M.n. 457 del 15/06/2016.

CHIEDE

di essere ammesso/a a sostenere l'Esame di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie della professione sanitaria di Odontotecnico - Sessione Unica 2024.

Si allegano i seguenti versamenti:

- € 12,09 su c.c.p. 1016

intestato a Agenzia delle entrate – ufficio di Roma – tasse scolastiche;

- € 200,00 (per i privatisti* € 500)

Coordinate **Iban:** IT 70 J 05262 79748 T20990001238 **BIC/SWIFT CODE:** BPPUIT33XXX

intestato a IP "L. Santarella - S. De Lilla" (indicando nome, cognome, indirizzo e causale);

Si allega la seguente documentazione (titolo di studio e/o certificazione): _____

Bari, _____

FIRMA

* Tutti coloro che non hanno conseguito il titolo presso il nostro Istituto.