

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Carlo Urbani"- Roma

Oggetto: Domanda di partecipazione Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di ODONTOTECNICO (Candidati interni/esterni). Sessione2022.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov.(_____), il _____
residente _____ 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

Allega alla presente:

- **Fotocopia di documento di riconoscimento valido** (candidati interni ed esterni);
- **Copia dell'avvenuto versamento sul pago in rete della Tassa di € 12,09** (candidati interni ed esterni);
- **Copia del versamento di € 100,00 sul pago in rete, (candidati interni/esterni e privatisti);**
- (solo per candidati esterni/privatisti) **Copia di documenti relativi ai titoli dichiarati e alle attività lavorative svolte, come previsto dall'art.2 comma 2 dell'Ordinanza Ministeriale n°457/AOOUFGAB del 15 giugno2016**

Luogo e data

Firma
