

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

**Domanda di partecipazione Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di
ODONTOTECNICO (Candidati interni/esterni). Sessione2023.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ prov.(), il _____ residente
in _____ via _____
cell./tel _____ Indirizzo e.mail _____
titolo di studio _____ conseguito nell'a.s. _____ presso
l'Istituto _____ con votazione ____/____ l'Università di
_____ con votazione ____/____

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, come previsto dall'art.2 dell'Ordinanza Ministeriale n°248 del 06 agosto 2021.

Luogo e data

Firma
