AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.P.S.I.A. “A. PACINOTTI”

FOGGIA

# Oggetto: Richiesta ammissione esame di abilitazione all’esercizio delle arti sanitarie ed ausiliarie di ottico – Sessione 2024

Il/La sottoscritto/a nato/a a il e residente in PROV. in Via , recapito telefonico , Diploma di maturità di **Ottico**/ **Altro** conseguito nell’anno scolastico Istituto di , con voto Diploma di qualifica di **Ottico** / **Altro** conseguito nell’anno scolastico Istituto di , con voto

Laurea in laurea in Scienze e Tecnologie Fisiche (L-30) conseguita nell’anno

Facoltà di , con voto

# CHIEDE

di partecipare, per l’anno 2024, agli esami di abilitazione all’esercizio delle arti sanitarie ed ausiliarie di Ottico.

# DICHIARA

di autorizzare codesto l’Istituto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 ed unicamente ai fini dell’espletamento della procedura in argomento, al trattamento dei dati personali forniti con la presente domanda ed i suoi allegati, e di essere a conoscenza dei diritti previsti nell’art. 7 del medesimo decreto.

## Il/ la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

* Ricevuta del PagoPa del versamento della Tassa di **€ 12,09** intestato a Agenzia delle Entrate.
* Ricevuta

**€ 200,00** per gli alunni dell’I.P.S.I.A. “A. Pacinotti” di Foggia

# € 250,00 per i candidati esterni ed i privatisti

da versare tramite PagoPa – intestato a: I.P.S.I.A. “A. Pacinotti” di Foggia Causale: Esame di Abilitazione Odontotecnico - Sessione 2024

* Copia del diploma di maturità con relativo voto e altra documentazione attinente (per i candidati non diplomati presso l’I.P.S.I.A. “A. Pacinotti” di Foggia)
* Fotocopia di un proprio documento d’identità in corso di validità.

Foggia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA