**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ESAME DI ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI OTTICO/ODONTOTECNICO**

**Alla c.a. Dirigente Scolastico**

**I.I.S. “G.Garibaldi - A. Alfano – L. da Vinci”**

**Castrovillari**

**e-mail:** [**csis029002@istruzione.it**](mailto:csis029002@istruzione.it)

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_

Tel. Ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

* di sostenere l’Esame di abilitazione all’esercizio della professione di Ottico/Odontotecnico – sessione ottobre 2023;
* che ogni comunicazione sia inoltrata al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadin\_\_ italian\_\_ - altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di godere dei diritti politici e di non essere interdett\_\_;
3. di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere a conoscenza che i pagamenti dovuti vanno effettuati telematicamente su portale Pago In Rete.

Il/La sottoscritt\_\_ è a conoscenza che, in caso di dichiarazioni false e mendaci, sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

Il/La sottoscritt\_\_\_ autorizza , ai sensi dell’art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, il trattamento dei dati personali ai fini dell’espletamento dell’esame e, per la fase successiva, negli elenchi dell’Istituto e la loro comunicazione a chiunque ne abbia interesse e diritto, anche per via telematica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

1. Ricevuta di avvenuto pagamento della Tassa di euro 12,09 tramite Pago In Rete intestato a Agenzia delle Entrate- Codice evento:E94006090784230715135625PKKSG;
2. Ricevuta di avvenuto pagamento della Tassa di euro 154,94 tramite Pago In Rete intestato a Liceo Classico “Garibaldi” Castrovillari- Codice Evento: E94006090784230715135456UCXBD;
3. Copia di un documento di riconoscimento valido;
4. Copia del titolo di studio;
5. Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_