Allegato A

**DOMANDA ISCRIZIONE ESAME ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELLE ARTI AUSILIARIE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI OTTICO - a.s. 2022/23**

**CANDIDATI INTERNI**

Al Dirigente Scolastico del

I.I.S. “ADRIANO OLIVETTI” di ORTA NOVA (FG)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in possesso del:

* Diploma di Ottico/Diploma Istituto Professionale settore Servizi indirizzo Servizi Socio Sanitari articolazione Arti Ausiliarie delle professioni sanitarie: Ottico

**CHIEDE**

di poter sostenere l’esame di abilitazione all’esercizio della professione di **OTTICO**

Allega:

* Diploma dell’esame di Stato, certificato sostitutivo o autocertificazione ai sensi (ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2009) indicante scuola di provenienza, data di conseguimento e valutazione finale;

Si riserva di allegare:

* Ricevuta del versamento di **€. 200,00** (duecento/00) in favore dell’ I.I.S. “Adriano Olivetti” di  
  Orta Nova (FG) **– c/c 13288717**
* Ricevuta del versamento di **€. 12,09** (dodici/09) in favore dell’ Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara **– c/c 1016** - causale Tassa Esame Abilitazione Ottico

che saranno effettuati tramite il sistema PAGO PA.

Orta Nova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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