Al DIRIGENTE SCOLASTICO

**IPSIA "G. Giorgi"**

**Potenza**

**Oggetto: Richiesta di partecipazione all'Esame di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie di**

**odontotecnico - (O.M. del 11/07/2000, n. 180)**

\_l\_ sottoscritt \_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( ) e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale: |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|

**CHIEDE**

di potere sostenere gli Esami per il conseguimento dell’ Abilitazione Professionale all'esercizio delle arti ausiliarie sanitarie di **O D O N T O T E C N I C O** nella Sessione Unica per l’Anno Scolastico 2015/2016

A tal fine dichiara, anche ai fini dell’autocertificazione di cui alla legge 15/’68 e successive modifiche e integrazioni **(scegliere e barrare una sola delle 4 opzioni sottostanti)**:

1. di avere sostenuto nell’anno scolastico …………/………… l’esame di Stato – indirizzo odontotecnico – presso IPSIA G. Giorgi" di Potenza riportando la votazione di ………./100.

2. di avere sostenuto nell’anno scolastico …………/………… l’esame di Stato – indirizzo odontotecnico – presso ………………………………………………....…. di …..……………….. riportando la votazione di ………./100.

3. di compiere 19 anni di età, entro il 31 dicembre 2016, e di essere in possesso da almeno un anno del diploma di qualifica di operatore meccanico odontotecnico

………………………………………………………………………………………………...........................................................................

*(indicare presso quale Istituto è stato conseguito e in quale anno scolastico)*

4. di essere in possesso da almeno due anni del diploma di qualifica di operatore meccanico odontotecnico

…………………………………………………………………………………….....................................................................................

*(indicare presso quale Istituto è stato conseguito e in quale anno scolastico)*

**I candidati esterni, che hanno barrato il punto 3 oppure 4, devono compilare obbligatoriamente l’allegato "A".**

\_l\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**a u t o r i z z a** il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell’art. 13 del D.L.vo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e Allega:

* attestazione del versamento di € 12,09 (€ dodici/09) effettuato in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ sul c.c.p. n. 1016 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara.

CAUSALE: “*Tasse Scolastiche – Tassa esami*”

* attestazione del versamento di € 200,00 (€ duecento/00) effettuato in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_ sul c.c.p. n. 13486857 intestato a IPSIA "G. Giorgi" di Potenza

CAUSALE: “*iscrizione esami abilitazione esercizio delle arti ausiliarie sanitarie di odontotecnico”*

* copia documento d'identità in corso di validità
* copia diploma di maturità (solo per coloro che **N O N** provengono da questo Istituto)

,

LUOGO E DATA FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE

**ALLEGATO A**

alla domanda di ammissione all’esame di abilitazione all’esercizio dell’ arte sanitaria ausiliaria di odontotecnico – sessione unica relativa all’anno scolastico 2015/2016 – che si svolgerà presso l’IPSIA "G. Giorgi" di Potenza.

**AUTO – DICHIARAZIONE**

**ai sensi della legge 15/’68** **e successive modifiche e integrazioni**

Il sottoscritto ***(nome e cognome)*** ……………………………….………………………………….. Nato a …………………………………………...…. (prov. ……..) il …..../….../……….....

Consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci,

1. DICHIARA DI AVERE FREQUENTATO I SEGUENTI CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ATTINENTI ALL’ARTE SANITARIA AUSILIARIA DI ODONTOTECNICO (indicare l’ente formatore, il periodo di svolgimento del corso e ogni altra notizia utile):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

2. DICHIARA DI AVERE SVOLTO LA SEGUENTE ATTIVITA’ LAVORATIVA ATTINENTE L’ARTE SANITARIA AUSILIARIA DI ODONTOTECNICO (indicare la ditta presso cui si è lavorato, il periodo di lavoro e ogni altra notizia utile):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..

Allego la seguente documentazione:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N.B. : il presente “Allegato A” va firmato dinanzi all’impiegato della segreteria dell’Istituto al quale viene**

**consegnato.**