



Al Dirigente Scolastico
POLO SC. TEC. PROF. "E. FERMI-G. GIORGI"
LUCCA

Domanda di iscrizione all'esame di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di Ottico e Odontotecnico – O.M. 248 del 6 agosto 2021

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ (____)

Via _____ n. _____

telefono _____ e-mail: _____

chiede di poter partecipare in qualità di **CANDIDATO ESTERNO** all'Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Ausiliarie delle Professioni Sanitarie di:

ODONTOTECNICO

a tal scopo, visto l'art. 2 dell'O.M. n. 248 del 6 agosto 2021, dichiara di [selezionare un'opzione]

1. essere in possesso del diploma di maturità di istruzione professionale per l'indirizzo di "Odontotecnico" conseguito entro l'a.s. 2013/2014; (allegare documentazione)
2. essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado professionale del Settore "Servizi" – Indirizzo "Servizi socio-sanitari" – Articolazione "Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, Odontotecnico" (allegare documentazione)
3. essere in possesso del diploma di qualifica di "operatore meccanico odontotecnico" conseguito entro l'a.s. 2013/2014, fatta salva la necessità di superare le prove di accesso di cui all'art. 4 dell'O.M. n. 248 del 6 agosto 2021 (allegare documentazione)



A tal fine allega:

- Copia carta d'identità;
- Copia codice fiscale;
- ricevuta del versamento di **€ 150,00** come contributo di iscrizione da effettuare attraverso bonifico bancario intestato a:
POLO FERMI GIORGI – BPN ag. Porta Elisa – IBAN IT17S0503413707000000376075
Causale: esami abilitaz. odontotecnico a.s. 2023/24 cognome e nome del candidato
- ricevuta del versamento di **€ 12,09 sul c/c 1016 (utilizzando i bollettini disponibili presso gli uffici postali)** come tassa ministeriale
- ricevuta del versamento di ulteriori **€ 50,00** sempre su bonifico bancario **(solo nel caso di prove di accesso di cui all'art.4 - vedi opzione 3)**

la domanda con gli allegati dovrà essere inviata per mail dal 1° al 31/07/2024 a

LUIS016002@istruzione.it

INDICARE NELL'OGGETTO DELLA MAIL:

COGNOME e NOME – ESAMI ABILITAZIONE ODONTOTECNICO

Lucca, _____

Firma del candidato
