



*Oggetto: esami d'abilitazione all'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di Odontotecnico  
Anno Scolastico 2024/25*

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_  
( cognome ) ( nome )

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

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Chiede alla S.V. di poter partecipare in qualità di candidato interno agli esami d'abilitazione all'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di ODONTOTECNICO che si svolgeranno nel prossimo mese di settembre.  
A tal scopo dichiara:

- Di aver sostenuto gli esami conclusivi del corso di studio d'istruzione secondaria superiore ad indirizzo odontotecnico nella sessione unica del corrente anno scolastico 2024/2025 con il risultato di \_\_\_\_\_/100.
- Di essere un candidato esterno con i seguenti titoli**  
.....  
.....  
.....  
.....

Si allegano le attestazioni dei versamenti effettuati :

- a) versamento di € 150,00 intestato a I.I.S. "G. Cigna" di Mondovì. Causale: **"esami di abilitazione all'arte ausiliaria di odontotecnico"**.
- b) versamento di € 12,09 intestato ad AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – TASSE SCOLASTICHE. Causale: **esami di abilitazione all'arte ausiliaria di odontotecnico.**

Mondovì, \_\_\_\_\_

IL CANDIDATO

\_\_\_\_\_