## AL DIRIGENTE SCOLASTICO

## ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO STIGLIANO

## P.E.O. mtis81100r@istruzione.itit

**DOMANDA DI AMMISSIONE “ESAME DI ABILITAZIONE” A.S. 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il\_ in possesso del titolo di studio

conseguito nell’a.s. presso l’Istituto

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a a sostenere l’esame di **ABILITAZIONE** alla professione di ODONTOTECNICO

* In qualità di **Candidato/a INTERNO/A**
* In qualità di **Candidato/a ESTERNO/A**

Si allegala seguente documentazione **(N.B. le prime tre voci solo per Candidati Esterni)**:

* Dichiarazione sostitutiva di certificazioni anagrafiche;
* Copia autenticata del titolo distudio;
* Dichiarazione numero di ore PCTO (ex Alternanza scuola lavoro) frequentate e relativa documentazione;
* Fotocopia del documento di identità;
* Ricevuta del versamento relativo al pagamento della tassa ministeriale pari ad € 12,09 ;

N.B. L’iscrizione definitiva all’esame di abilitazione è subordinata al versamento della “QUOTA DI ISCRIZIONE” a favore dell Istituto Omnicomprensivo di Stigliano pari ad €.110,00 secondo le modalità che il candidato riceverà via mail.

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

FIRMA

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