

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "Giorgio Ambrosoli"
Roma**

DOMANDA ESAME DI ABILITAZIONE

____ I ____ sottoscritt ____ cognome _____ nome _____
nat ____ a _____ provincia (____) il ____ / ____ / ____
residente in _____ piazza/via _____
alunn ____ della classe ____ sezione ____ di _____ a.s. ____ / ____

- ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - ODONTOTECNICO
 ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - OTTICO
 SERVIZI SOCIO SANITARI - OTTICO (corso serale)

CHIEDE

di sostenere gli Esami di Abilitazione nell'anno scolastico 2023/2024:

- CANDIDATO INTERNO
- CANDIDATO ESTERNO

(Barrare la voce che interessa)

Allega alla presente:

CANDIDATO INTERNO: *Ricevuta dell'avvenuto pagamento della Tassa erariale per l'Esame di € 12,09 - C/C n. 1016 e € 25,82 c/c 62624002 intestato a "I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli" da effettuare attraverso il sistema Pago in rete: <https://www.miur.gov.it/-/pago-in-re-1>*

CANDIDATO ESTERNO: *Ricevuta dell'avvenuto pagamento della Tassa erariale per l'Esame di € 12,09 - C/C n. 1016 e € 400,00 c/c 62624002 intestato a "I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli" da effettuare attraverso il sistema Pago in rete: <https://www.miur.gov.it/-/pago-in-re-1>*

Roma _____

firma

N.B.: le domande vanno presentate presso l'ufficio didattico della sede di via R. Trinchieri 49 **entro e non oltre il 15 maggio dell'a.s. in corso.**