

**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 ____ / ____ :

- 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 e € 25,82 intestato a "I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli, RMIS034007". Entrambi i pagamenti devono essere effettuati 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 e € 400,00 intestato a "I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli, RMIS034007". Entrambi i pagamenti devono essere effettuati 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 13 giugno dell'a.s. in corso.**