Al Dirigente Scolastico

dell’ISISS Padre Salvatore Lener

Marcianise (CE)

ceis03900d@istruzione.it

Oggetto: Richiesta ammissione esame di abilitazione OTTICO / ODONTOTECNICO (candidato interno)**.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo sostenuto presso l’I.S.I.S.S. P.S. Lener di Marcianise, l’Esame di Stato conclusivo del Corso di studi di

 OTTICO

 ODONTOTECNICO

nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a sostenere l’esame di abilitazione all’esercizio delle arti ausiliarie di:

 OTTICO

 ODONTOTECNICO

Nella sessione unica del mese di Settembre 2024.

Allega:

* ricevuta del versamento di € 12,09 sul c/c 1016 intestato ad Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Scolastiche.
* ricevuta del versamento di € 150,00 effettuata.
* Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizzo l’I.S.I.S.S. P.S. Lener di Marcianise (CE) al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. n. 51 del 18 maggio 2018, unicamente all’espletamento della procedura in argomento.

Marcianise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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