



CERTIFICATO N. 50 100 14454 Rev.004



I.I.S.S.
Don Tonino Bello
Nino Della Notte



**I.I.S.S. "Don Tonino Bello"
Liceo Artistico "Nino Della Notte"**

Istruzione tecnica

Trasporti e logistica: *Conduzione del mezzo Navale*
Conduzione di Apparat e Impianti Marittimi
Conduzione del mezzo Aereo
Biotecnologie: *Sanitarie - Ambientali*

Istruzione Professionale

Industria e Artigianato per il Made Italy:
Moda - Audiovisivo
Servizi Socio – sanitari.. *Odontotecnico - Ottico*
Manutenzione e Assistenza Tecnica Impianti

Liceo Artistico

Architettura e Ambiente
Arti Figurative
Design
Grafica

Tricase: via Apulia snc – **Alessano:** via 2 Novembre e via Matine – **Poggiardo:** via Principe di Piemonte,1

I.I.S.S. - "DON TONINO BELLO"-TRICASE
Prot. 0012105 del 12/07/2024
V (Uscita)

AVVISO

Esami di **abilitazione** all'esercizio delle Arti ausiliarie delle professioni sanitarie di **ODONTOTECNICO e OTTICO.**

Si comunica che presso questo Istituto si potranno sostenere gli esami di **abilitazione** all'esercizio delle "Arti Ausiliarie delle Professioni Sanitarie: "ODONTOTECNICO" e "OTTICO".

Gli esami si svolgeranno nel periodo **23-24-25 settembre 2024.**

Coloro che sono interessati producano domanda compilando il modello allegato entro il 31/08/2024.

Si rammenta che per i candidati **esterni** potrebbero essere previsti esami preliminari i cui giorni di svolgimento saranno successivamente comunicati.

L'Ufficio di Segreteria resterà a disposizione per eventuali informazioni.



Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Anna Lena MANCA

Restituire compilata entro il 31/08/2024

Oggetto: Domanda di partecipazione Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di
ODONTOTECNICO/OTTICO nei giorni 23-24-25 settembre 2024

Il/la sottoscritto/a _____
 M F nato/a _____ prov. (_____) il _____
c. f. _____
residente a _____ via _____
cell. _____ indirizzo e.mail _____
titolo di studio conseguito _____ nell'a.s. _____/
presso:

- l'Istituto _____
di _____ con votazione di _____ / _____
- l'Università _____
di _____ con votazione di _____ / _____

CHIEDE

di partecipare all'Esame di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie di

ODONTOTECNICO

OTTICO

Allega alla presente:

per i candidati interni ed esterni:

- Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE c.c. p. n. **1016** – Intestato ad Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara dell'importo di € **12,09** (causale: taxa esame di abilitazione Odontotecnico/Ottico);
- Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE – intestato a : I.I.S.S. "Don Tonino BELLO" – Tricase,– causale "Contributo interno per Laboratori" dell'importo di € **300,00** (trecento/00);
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

solo per i candidati esterni:

- ✓ **titolo di studio conseguito.**

Data _____ / _____ /2024

Firma _____

L'iscrizione si intende perfezionata previo superamento di eventuali prove di accesso qualora il percorso scolastico e/o universitario non faccia emergere conoscenze nelle discipline afferenti agli insegnamenti obbligatori nell'area di indirizzo, presenti nelle rispettive articolazioni, impartite nel quarto e quinto anno del corso di studio di cui all'art. 2 e 3 dell'O.M. 457 DEL 15/06/2016.