

Alla c.a. del Dirigente Scolastico
IPSSCTS "L. Einaudi"
Via Bertolone, 7 VARESE

MODELLO "B" DOMANDA ESAMI DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ARTE SANITARIA AUSILIARIA DI OTTICO anno 2022 CANDIDATI ESTERNI

(art. 46 DPR 28/12/2020, n. 445 – dichiarazione sostitutiva di certificazione)

il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Prov. (____) Via _____

Tel./Cell. _____ E-mail: _____

Chiede

di partecipare in qualità di **candidato esterno** agli esami di abilitazione all'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di ottico, a tal scopo dichiara di rientrare in una delle seguenti tipologie (indicare con una crocetta):

- 1. Candidato/a esterno/a che ha conseguito presso altro Istituto il diploma di maturità di istruzione professionale per l'indirizzo di "Ottico" (allegare il diploma in formato pdf)
- 2. Candidato/a esterno/a in possesso di diploma di qualifica di "operatore meccanico ottico" conseguito entro l'anno scolastico 2013-2014, (allegare il diploma di qualifica di "operatore meccanico ottico" in formato pdf)
- 3. Candidato/a esterno/a in possesso della laurea in Scienze e Tecnologie Fisiche (L-30) (allegare il Diploma di Laurea e l'elenco degli esami sostenuti con relativa valutazione nei settori disciplinari BIO/06, BIO/09, BIO/10, BIO/13, BIO/14, BIO/16, BIO/17, BIO/19, MED/04, MED/30 MED/42, FIS/03 e FIS/07 in formato pdf)

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza che le dichiarazioni false e mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- di impegnarsi, pena esclusione dalle prove d'esame, ad effettuare i seguenti versamenti:
 - contributo obbligatorio di Euro 370,00;
 - tassa statale di Euro 12,09,
- di essere a conoscenza di dover sostenere le prove di accesso se appartenente alla categoria relativa al punto "2".

Allega:

- Copia di un documento di identità
- ALLEGATO 1 - Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)
- ALLEGATO 1a Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativa all'utilizzo del sistema PagoInRete

Luogo

data

Firma (leggibile) del candidato