Alla c.a. del Dirigente Scolastico   
IPSSCTS “L. Einaudi”

Via Bertolone, 7 VARESE

MODELLO “ A” DOMANDA ESAMI DI ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELL’ ARTE SANITARIA AUSILIARIA DI OTTICO sessione 2023 - CANDIDATI INTERNI -

(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 interno, agli Esami di Abilitazione all'Esercizio dell'Arte Sanitaria Ausiliaria di Ottico.

A tale scopo dichiara:

• di aver sostenuto gli esami conclusivi del corso di studio d'Istruzione Secondaria Superiore ad indirizzo ottico, presso IPSSCTS “L: Einaudi” di Varese, nell'anno scolastico ........................ ͙͙͙͙͙͙͙ con il   
 risultato di ͙͙͙............ / 100;

• di impegnarsi, pena esclusione dalle prove d’esame, ad effettuare i seguenti versamenti:

a) contributo obbligatorio di Euro 300,00;

b) tassa statale di Euro 12,09.

Allega:

• 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