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 - sessione 2024 - 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/a esterno/a** 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 in formato pdf il diploma di qualifica di “operatore meccanico”);

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/07in 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:

o contributo obbligatorio di Euro 400,00

o 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 inoltre:

• 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