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

Via Bertolone, 7 VARESE

**MODELLO “A” DOMANDA PARTECIPAZIONE ESAMI DI ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELLE ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI OTTICO sessione 2025 - CANDIDATI INTERNI -**

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

Il/la sottoscritta .......................................................................... nato/a a ................................................ il ……………………………………

residente in................................................... Prov (...........), via………………………………………………, 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 300€;

b) tassa statale di 12,09€.

* **candidato/a DSA?** SI ⃣ NO ⃣ **se SI**:

- richiede utilizzo di mappe concettuali, formulari e/o schemi preventivamente visionati e approvati dai commissari interni della Commissione esaminatrice (strumenti dispensativi e compensativi)?

SI ⃣ NO ⃣

- necessità di tempi aggiuntivi (30% in più) per lo svolgimento della prova scritta? SI ⃣ NO ⃣

- necessità di tempi aggiuntivi (30% in più) per lo svolgimento della prova pratica? SI ⃣ NO ⃣

* **candidato/a PcD (**Persone in condizione di Disabilità)**:**

- richiede utilizzo di mappe concettuali, formulari e/o schemi preventivamente visionati e approvati dai commissari interni della Commissione esaminatrice? SI\* ⃣ NO ⃣

- necessità di tempi aggiuntivi (30% in più) per lo svolgimento della prova scritta? SI ⃣ NO ⃣

- necessità di tempi aggiuntivi (30% in più) per lo svolgimento della prova pratica? SI ⃣ NO ⃣

-richiede prova scritta equipollente? SI ⃣ NO ⃣

-richiesta prova orale equipollente? SI ⃣ NO ⃣

Note:

\*Il/la candidato/a DSA o DA che ha fatto richiesta di utilizzo di mappe concettuali, formulari e/o schemi è tenuto ad inviarle all’indirizzo mail [varc02000l@istruzione.it](mailto:varc02000l@istruzione.it) entro **lunedì il 08/09/2025** specificando nell’oggetto dell’e-MAIL “NOME e COGNOME abilitazione ottici 2025 mappe concettuali”.

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 del candidato/a