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

Via Bertolone, 7 VARESE

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

*(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/a esterno/a** agli esami di abilitazione all’esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie 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 );

1. ⃣ 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 400€

o tassa statale di 12,09€

- di essere a conoscenza di dover sostenere le prove di accesso **se appartenente alla categoria relativa al punto**

**“2”.**

* Dichiara inoltre:

**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 ⃣

- necessita di tempi più lunghi per lo svolgimento della prova pratica? SI ⃣ NO ⃣

* **candidato/a PcD** (Persone in condizione di Disabilità): SI ⃣ NO ⃣ **se SI\***:

- 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 ⃣

- necessita di tempi più lunghi 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 esterno/a agli Esami di Abilitazione ottici è tenuto/a ad allegare alla domanda di partecipazione “CANDIDATI ESTERNI” la documentazione, in formato pdf, comprovante la condizione di DSA o PcD.

**\*\*** Il/la candidato/a DSA o PcD 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 08/09/2025** specificando nell’oggetto dell’e-MAIL “NOME e COGNOME abilitazione ottici 2025 mappe concettuali”.

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 del candidato/a