(CANDIDATI INTERNI)

 Al Dirigente Scolastico

 I.I.S.“C.Colombo”

 45011 Adria (Ro)

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di sostenere, presso codesto istituto, l’esame di **ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELL’ARTE SANITARIA AUSILIARIA DI ODONTOTECNICO** **a.s. 2016/2017.**

Dichiara di aver conseguito il diploma di “Odontotecnico” nell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Istituto di Istruzione Superiore “C.Colombo” di Adria (Ro).

Si allegano alla domanda i seguenti versamenti:

1. Attestazione tassa esame di €. 12,09 versata sul c/c postale n. 1016 intestato all’Erario – Agenzia delle entrate – Centro operativo di Pescara;
2. Attestazione del “Contributo laboratorio” di €. 35,00 versato sul c/c postale dell’Istituto n. 11847456.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)