

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ residente a _____ (____) in
via _____

CHIEDE

DI SOSTENERE L'ESAME DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE ARTI AUSILIARIE SANITARIE PER

OTTICO

☐

ODONTOTECNICO

☐

PER LA SESSIONE 2026

Il sottoscritto/a dichiara di possedere i seguenti requisiti, come da Ordinanza Ministeriale
248 del 6.8.2021:

- a) possesso di uno dei seguenti titoli di istruzione secondaria di secondo grado, in
relazione all'anno di conseguimento:
 - ☐ diploma di maturità di istruzione professionale per gli indirizzi di "Ottico" o di
"Odontotecnico" conseguito entro l'anno scolastico 2013/2014;
 - ☐ diploma di istruzione secondaria di secondo grado professionale del Settore "Servizi"
– Indirizzo "Servizi socio-sanitari" – Articolazione "Arti ausiliarie delle professioni
sanitarie, Ottico" o "Arti ausiliarie delle professioni sanitarie, Odontotecnico"
conseguito entro l'anno scolastico 2021/2022;
 - ☐ diploma di istruzione secondaria di secondo grado professionale di cui al decreto
legislativo n. 61/2017 dell'indirizzo Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: Ottico o
Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: Odontotecnico;
- b) possesso del diploma di qualifica, rispettivamente, di "operatore meccanico ottico" o
di "operatore meccanico odontotecnico" conseguito entro l'anno scolastico
2013/2014, fatte salve le prove di accesso di cui all'articolo 4 della presente
ordinanza;

Si allegano i seguenti certificati a testimonianza del/i requisiti di accesso:

A tal fine, comunica che l'indirizzo mail sul quale intende ricevere le comunicazioni è il seguente:

Entro e non oltre **VENERDÌ 20 GIUGNO** dovrà consegnare in segreteria didattica o inviare via mail a rer090008@istruzione.it :

- Ricevuta del pagamento di **€ 200** intestato all'Istituto Galvani - lodi: arriverà avviso di pagamento all'indirizzo mail sopra indicato tramite PAGO-PA
- Ricevuta del pagamento di **€ 12,09** intestato ad Agenzia delle Entrate: arriverà avviso di pagamento all'indirizzo mail sopra indicato tramite PAGO-PA

Data _____

Firma del/la candidato/a
