

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.P.S.S.S. GALVANI — IODI  
REGGIO EMILIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ iscritto alla classe 5<sup>a</sup>

Sez. \_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_ anno scolastico 2025/2026

CHIEDE

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

OTTICO

☐

ODONTOTECNICO

☐

PER LA SESSIONE 2026

Entro e non oltre **VENERDÌ 20 GIUGNO** dovrà consegnare in segreteria didattica o inviare via mail a [leri090008@istruzione.it](mailto:leri090008@istruzione.it) :

- Ricevuta del pagamento di €. 150,00 intestato all'Istituto Galvani - Iodi (tramite PagoPa)
- Ricevuta del pagamento di €. 12,09 intestato ad Agenzia delle Entrate (tramite PagoPa)

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'alunno/a

---