

## Modello domanda candidati interni

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto d'Istruzione Superiore  
"E. Fermi"  
Via Valcalda, 1  
32044 PIEVE DI CADORE (BL)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in possesso:

-  del Diploma di Ottico conseguito nell' anno scolastico/nell'a.s. \_\_\_\_\_ presso l'I.P.S.S. Ottica di Pieve di Cadore, sezione associata dell'Istituto d'Istruzione Superiore "E. Fermi" di Pieve di Cadore;

### **C H I E D E**

di essere ammesso/a a sostenere gli **Esami di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di Ottico** nella sessione unica \_\_\_\_\_.

A tal fine allegherà alla presente:

- o attestazione di avvenuto pagamento di € 12,09 TASSA SCOLASTICA – ESAME a nome del candidato ( l'avviso verrà inviato ad iscrizione avvenuta).

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_