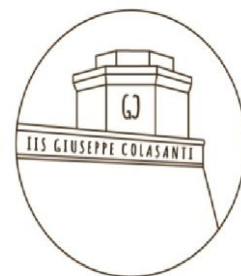




Istituto di Istruzione Superiore "G. COLASANTI " di Civita Castellana (VT) Liceo Classico, Liceo Scientifico– Istituto Tecnico
Economico Istituto Professionale Odontotecnico – Serale Sede Uffici di Dirigenza e Segreteria: Via F. Petrarca snc – 01033
Castellana (VT) Tel. 0761/513394-515720 – sede di via Berlinguer: tel. 0761/515143 e-mail: vtis006005@istruzione.it;
vtis006005@pec.istruzione.it
sito: www.iiscolasanti.edu.it - - C.F. 90056780563



Al Dirigente Scolastico
Dell'I.I.S Giuseppe Colasanti
Via F. Petrarca snc
01033 Civita Castellana

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE ESAME ABILITAZIONE ODONTOTECNICO
(CANDIDATI ESTERNI)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
tel. _____ cell. _____ mail _____
Residente a _____ via _____

CHIEDE di essere ammesso a sostenere gli esami di ABILITAZIONE PROFESSIONALE per
ODONTOTECNICO, in qualità di candidato esterno.

- Dichiaro di aver effettuato il versamento del contributo di € 200,00 a favore con il sistema PAGO PA
- Dichiaro di aver effettuato il versamento tramite modello F24 delle tasse d'esame di € 12,09 a favore dell'Agenzia delle Entrate
- Autocertificazione allegata alla presente, attestante i dati anagrafici il/i titoli di studio posseduti
- Copia carta d'identità o di altro documento di riconoscimento valido

Civita Castellana _____

FIRMA _____