

Al Dirigente Scolastico
dell' I.I.S. LS.PICCOLO
di Capo d'Orlando (ME)

_ I _ sottoscritt _

nat _ a _ provincia di _

il _ e residente in _

via _ tel. _

e-mail _

☐ alunno _ interno di codesto istituto della classe 5^ _ Odontotecnico a.s. _

☐ esterno proveniente da _

Chiede

alla S.V. di poter sostenere gli Esami di Abilitazione all'Esercizio delle Arti Sanitarie Ausiliarie di Odontotecnico.

Allega:

- Versamento di € 400,00 c.c.p. 1015211970 intestato a I.I.S. LS PICCOLO di Capo d'Orlando (ME).

Capo d'Orlando, _

Firma
