



I.I.S.S. "LAPORTA/FALCONE-BORSELLINO"

Sede centrale: Viale Don Tonino Bello snc – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561117

Sede staccata: Viale Don Bosco, 48 – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561095

Codice Fiscale: 93140040754 – Codice Ufficio: UFJ5EL – Codice IPA: iisslfb

E-Mail: leis04900g@istruzione.it - pec: leis04900g@pec.istruzione

Sito web: www.iisslfb.gov.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S.S. LAPORTA FALCONE BORSELLINO"
GALATINA

Il/la sottoscritto/a nato/a

Provincia il e residente a(.....)

in via n°..... tel.

CHIEDE

di poter partecipare all'Esame di Abilitazione delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie – Odontotecnico.

Il/la sottoscritto/a allegnerà a far data dal 20/09/2023:

- Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE di € 250,00 intestato a I.I.S.S. "LAPORTA/FALCONE BORSELLINO" Galatina (LE) causale del versamento: versamento Esame di Abilitazione di Odontotecnico;
- Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE di € 12,09 sul c.c.p. 1016 intestato a: Agenzie delle Entrate – Centro operativo di Pescara – tasse scolastiche causale: tassa Esame di Abilitazione di Odontotecnico.

Si precisa che gli interessati presenteranno **solo la domanda di iscrizione** presso gli uffici di segreteria entro e non oltre il 16/09/23 previa esclusione dall'Esame.

I bollettini di pagamento saranno ritirati presso l'ufficio di segreteria dalla data del 18/09/23.

Le ricevute di versamento saranno consegnate presso l'ufficio di segreteria entro la data del 20/09/23

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente domanda è vincolante alla partecipazione all'esame in oggetto e che, in nessun modo potrà essere richiesto il rimborso della quota versata.

Luogo e data

Firma

.....

.....