



DOMANDA ISCRIZIONE ESAME ABILITAZIONE OTTICO 2025

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____ residente a _____ () C.F. _____

in via _____ e-mail: _____

in possesso del titolo di:

- Diploma di istruzione secondaria di secondo grado professionale Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: Ottico;
- Laurea in Ottica e Optometria;
- Diploma di qualifica "operatore meccanico Ottico"
- Certificazione DSA (disturbi specifici dell'apprendimento)

CHIEDE

di poter sostenere l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di OTTICO

Allega:

Diploma dell'Esame di Stato

Certificato di Laurea

Diploma di qualifica "operatore meccanico Ottico"





Autocertificazione attestante il fatto che il titolo di studio verrà conseguito entro
il _____ (almeno 1 giorno prima dell'inizio della sessione d'esame)

Ricevuta del versamento **(OBBLIGATORIO)**

Certificazione DSA (allegare contestualmente alla presente schemi/mappe concettuali che
si vuole utilizzare da far validare alla commissione)

Carta di Identità **(OBBLIGATORIO)**

Codice fiscale **(OBBLIGATORIO)**

Data _____

Firma _____

