AL DIRIGENTE SCOLASTICO

l.P.S.S.S. GALVANI — IODI

REGGIO EMILIA

II/La sottoscritto/a iscritto alla classe 5^

Sez. settore anno scolastico 20\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

CHIEDE

DI SOSTENERE L'ESAME DI ABILITAZIONE ALL’ESERCIZIO DELLE ARTI AUSILIARIE SANITARIE PER

OTTICO ODONTOTECNICO PER LA SESSIONE 2024

A tal fine, comunica che l'indirizzo mail sul quale intende ricevere le comunicazioni è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entro e non oltre **GIOVEDì 25 LUGLIO** il modulo dovrà essere inviato all’indirizzo email: [reri090008@istruzione.it](mailto:reri090008@istruzione.it) oppure consegnato in segreteria didattica:

* Ricevuta del pagamento di €. 150,00 intestato all’Istituto Galvani - lodi: arriverà avviso di pagamento all’indirizzo mail sopra indicato tramite PAGO-PA
* Ricevuta del pagamento di €. 12,09 intestato ad Agenzia delle Entrate: arriverà avviso di pagamento all’indirizzo mail sopra indicato tramite PAGO-PA

Data

Firma dell’alunno/a