

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

\_ l \_ 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

\_\_\_\_\_