



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.edu.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.

e-mail.....,

CHIEDE

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

Il/la sottoscritto/a alleggerà (successivamente):

- Ricevuta del versamento effettuato tramite PAGO IN RETE di **€. 250,00** intestato a I.I.S.S. "LAPORTA/FALCONE-BORSELLINO" Galatina (LE) con 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 con causale: **Tassa Esame di Abilitazione di Odontotecnico.**

Si precisa che gli interessati presenteranno, al momento, **solo la domanda di iscrizione** presso gli uffici di segreteria o tramite e-mail (leis04900g@istruzione.it), entro e non oltre il **15/09/25**, a pena di esclusione dall'Esame.

I bollettini di pagamento saranno inviati dall'ufficio di segreteria dalla data del 18/09/25 all'email indicata dal candidato.

Le ricevute di versamento dovranno essere consegnate dai candidati personalmente presso l'ufficio di segreteria entro la data del **26/09/25**.

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

Luogo e data

Firma

.....

.....