

Al Dirigente Scolastico dell'I.P.S. "Principi Grimaldi"

MODICA

[rgrh020005@istruzione.gov.it](mailto:rgrh020005@istruzione.gov.it)

Oggetto: richiesta per sostenere gli Esami di Abilitazione all'Esercizio delle Arte Sanitaria Ausiliaria di Ottico.

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ alunn\_\_

interno di codesto istituto della classe 5A Ottico, con la presente

**C H I E D E**

alla S.V. di poter sostenere gli Esami di Abilitazione **all'Esercizio dell'Arte Sanitaria Ausiliaria di Ottico.**

Allega:

- Versamento di € 12,09 su modello F24 (scaricabile da <https://tinyurl.com/yaqncfrf>);
- Versamento di € 200,00 sull'IBAN IT23 F010 3084 4800 0000 0369 953 intestato all'I.P.S. "Principi Grimaldi" - Modica.

Modica, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_