



Al Presidente della Commissione Esami di Stato di abilitazione alla professione di

ODONTOIATRA
SESSIONE AUTUNNALE ANNO 2023
(Compilare in STAMPATELLO MAIUSCOLO)

MODULO A – SCELTA CLINICHE AFFINI OPZIONALI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000;

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome Nome

conferma che le dichiarazioni contenute nella domanda on line di partecipazione all'Esame di Stato e nel presente modulo sono veritiere ed assumono valore di dichiarazione sostitutiva e dichiara di scegliere le seguenti cliniche affini opzionali:

1. _____
2. _____

Il candidato LAUREANDO:

- dichiara di aver presentato domanda di partecipazione all'esame di laurea nell'appello di: _____
_____ data di laurea: _____

Inoltre, il candidato:

- prende atto che il mancato pagamento della “**Tassa ammissione esame di Stato**” di **euro 49,58** (bollettino postale) e del “**Contributo ammissione esami di Stato**” di **€ 160,00** con la modalità del PagoPA, **comporterà l'esclusione dalla partecipazione all'esame di Stato.**
- prende atto che completando l'iscrizione accetta il Bando nella sua interezza;
- **in caso di iscrizione alla seconda sessione**, dichiara di aver già effettuato il pagamento di €160,00 per la partecipazione alla **prima sessione del medesimo anno solare** e di essere risultato assente: **SI** **NO**

Brescia, _____

(Firma)