



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

## ESAMI DI STATO

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

### ODONTOIATRA

SESSIONE \_\_\_\_\_ ANNO 2020

#### 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.**
- **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)