AL PRESIDENTE
DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE PER GLI ESAMI DI STATO DI ABILITAZIONE
ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA/FARMACISTA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Il sottoscritto _____ _____
(cognome) (nome)

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

nato a_____, il_____, matricola n._____,

residente in_____, _____
(comune) (indirizzo)

tel. cell._____, laureato in data _____

anno accademico _____

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere gli Esami di Stato di abilitazione alla professione di

- ☐ Odontoiatra
- ☐ Farmacista

nella_____dell'anno_____.
(prima/seconda sessione) (anno)

L'esame si svolgerà in un'unica prova orale volta ad accertare l'acquisizione delle competenze, nozioni e abilità richieste dalla normativa riguardante il profilo professionale dell'Odontoiatra/Farmacista. Tale prova consisterà nella discussione di due casi clinici multidisciplinari e del relativo piano di trattamento.

Roma, _____

Firma _____

Allegati:

- Bollettino pagamento MAV di Euro 450,00
- Bollettino pagamento su bollettino postale di Euro 49,58 (importo fissato dall'art.2, comma 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21/12/1990, salvo eventuali successivi adeguamenti, da versare sul c/c postale n. 1016 intestato a: Agenzia delle Entrate – tasse scolastiche – Centro operativo di Pescara.
- Certificato di laurea (solo per candidati laureati non UCSC) o dichiarazione sostitutiva ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445