

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