

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

laureat__/nd__ in Odontoiatria e Protesi dentaria in data _____
avendo presentato domanda per l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della
professione di Odontoiatra nella seconda sessione dell'anno 2020,

dichiara

che la prova affine sulla quale intende essere esaminato è la seguente:

CLINICHE AFFINI ALLA CHIRURGIA SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA¹

- ODONTOIATRIA CONSERVATRICE
- PARODONTOLOGIA
- PROTESI DENTARIA
- ORTOGNATODONZIA E GNATOLOGIA

Firenze, _____

(firma)

¹ indicare con una crocetta la clinica prescelta.

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

laureat__/nd__ in Odontoiatria e Protesi dentaria in data _____ avendo
presentato domanda per l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della
professione di Odontoiatra nella seconda sessione dell'anno 2020,

dichiara

che la prova affine sulla quale intende essere esaminato è la seguente:

CLINICHE AFFINI ALLA CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA ¹

- PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E METODOLOGIA CLINICA
- PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA
- RADIOLOGIA GENERALE E SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA
- IGIENE E ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE CON EPIDEMIOLOGIA

Firenze, _____

(firma)

¹ indicare con una crocetta la clinica prescelta.

Dichiarazione di presa d'atto dello svolgimento con modalità a distanza per lo svolgimento dell'Esame di Stato, di non utilizzare strumenti di ausilio e garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____ nato

a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° ____

candidato per l'Esame di Stato in Farmacia/Odontoiatria – Il sessione 2020 – che si svolgerà a distanza ai sensi dell'art. 1 del DM 661 del 24 settembre 2020;

DICHIARA

- di aver preso atto delle modalità di svolgimento dell'esame ai sensi del decreto sopra richiamato;
- di non utilizzare strumenti di ausilio
- di garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova

Data:

Luogo:

Firma del candidato
(per esteso e leggibile)