



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio dell'arte ausiliaria di OTTICO, ODONTOTECNICO O ALTRA ARTE AUSILIARIA per la quale non è richiesta la laurea, conseguito in un Paese non comunitario da cittadini comunitari (Legge 8 novembre 1984, n. 752)

La / Il Sottoscritto/o,
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Sesso M F
NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Codice fiscale
CODICE FISCALE - FISCAL CODE - CODE DES IMPOTS - STEUERNUMMER - N.I.F.

In possesso del Titolo di da indicare in lingua originale
TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il RICONOSCIMENTO del/i proprio/i Titolo/i professionale/i, ai sensi della Legge 8 novembre 1984, n. 752, ai fini dell'esercizio della professione di:

OTTICO ODONTOTECNICO

ALTRO :
ALTRA PROFESSIONE - OTHER PROFESSION - AUTRE PROFESSION - ANDERE BERUF - OTRAS

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'allegato F.

La / il sottoscritto/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, sanzioni amministrative e disciplinari sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere cittadina/o
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

- di essere nata/o a
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMIENTO

il
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE

La / il sottoscritto/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza n.
INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV.

CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX

@
N. CELLULARE E-MAIL

In fede
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA