



# UniSR

Università Vita-Salute  
San Raffaele

Modulo approvato dalla  
Federconsumatori – Lombardia

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA

Al Presidente della Commissione Esaminatrice - Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

Il/La sottoscritt\_.....

nat\_ a ..... prov.....il ...../...../.....

cittadinanza ..... codice fiscale .....

residente in via ..... n. ....

comune ..... cap. .... provincia .....

recapiti telefonici ...../..... cellulare...../.....

indirizzo e-mail .....

### CHIEDE

di essere ammesso a sostenere l'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra nella **II**  
**sessione dell'anno 2023**

### DICHIARA

1. di aver consegnato tutta la documentazione richiesta dal bando;
2. di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme contenute nelle Ordinanze Ministeriali nn. 470, 471 e 472 del 17 maggio 2023;
3. di non aver presentato domanda di ammissione all'Esame di stato presso altra sede;
4. di essere a conoscenza che le date delle prove di ammissione stabilite in calendario non possono essere modificate per nessuna ragione;
5. di essere consapevole delle sanzioni penali cui può incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
6. che le informazioni fornite con il presente modulo sono conformi al vero.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Università Vita-Salute San Raffaele**

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

**www.unisr.it**



# UniSR

Università Vita-Salute  
San Raffaele

Foto da apporre a cura della Segreteria



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e Art 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

Cognome ..... Nome .....

nato a ..... (prov. ....) il .....

identificato con:

carta d'identità n. ....  passaporto n. ....

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia  
dichiara

che le generalità fornite con il presente modulo, le fotografie e la documentazione allegata come da richiesta nel  
bando sono autentiche.

Data .....

Il dichiarante (Firma leggibile)

-----

**Università Vita-Salute San Raffaele**

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

**www.unisr.it**



# UniSR

Università Vita-Salute  
San Raffaele

Il/La sottoscritt.....

## DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Scuola Secondaria Superiore in

.....  
conseguito nell'A. A. .... con votazione .....

presso .....

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in

.....  
conseguito nell'A. A. .... in data ..... con votazione.....

presso l'Università .....

- di conseguire il Titolo entro il ..... (Allega domanda di ammissione alla Laurea)

Milano, il ..... Firma.....

## **ALLEGATI**

1. Quietanza di versamento della tassa di ammissione agli esami di stato pari ad euro 49.58 fissata dall'art. 2, comma 3, del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 21 dicembre 1990, salvi gli eventuali successivi adeguamenti, da versare sul c/c postale n. 1016 – Agenzia delle Entrate – Concessioni Governative – Centro operativo di Pescara
2. Copia dell'avvenuto versamento del contributo di ammissione e dell'assicurazione nella misura di euro 700.00 da effettuare tramite Bollettino MAV stampabile al termine della procedura online di iscrizione a concorso.
3. Copia di un Documento di identità in corso di validità
4. 1 Fototessera

### **Università Vita-Salute San Raffaele**

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

**www.unisr.it**