

***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 Odontoiatria – I sessione 2023 – che si svolgerà a distanza ai sensi del DM 471 del 17 maggio 2023;

**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)

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 \_\_\_\_\_ sessione dell'anno 2023,

**dichiara**

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

**CLINICHE AFFINI ALLA CHIRURGIA SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA<sup>1</sup>**

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

Firenze, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 \_\_\_\_\_ sessione dell'anno 2023,

**dichiara**

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

**CLINICHE AFFINI ALLA CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA**<sup>1</sup>

- 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)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> indicare con una crocetta la clinica prescelta.