

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

dichiara di essere consapevole di dover sostenere e superare l'esame di stato entro la prima sessione utile e di iscriversi al relativo Ordine Professionale dandone immediatamente comunicazione alla Segreteria di Sede.

In questo caso l'immatricolazione avverrà con riserva e sarà disciplinata secondo le norme del relativo articolo del Regolamento della Scuola.

Data _____

Firma _____