

ISTITUTO BENIGNO ZACCAGNINI

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN OPTOMETRIA

Spett.le Istituto B. Zaccagnini

All'attenzione del Direttore dei Corsi di Optometria

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

in via _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

chiede di essere ammesso a frequentare il *Corso di optometria di durata*

- annuale
- biennale

che si svolgerà presso la sede di _____ per l'anno formativo 20____/20____

A tal fine allego:

- fotocopia della carta di identità
- fotocopia dell'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di ottico

Data _____

In fede _____