



**Allegato A**

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 2024,

**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 2024,

**dichiara**

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

**CLINICHE AFFINI ALLA CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA<sup>2</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>2</sup> indicare con una crocetta la clinica prescelta.