



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 ODONTOSTOMATOLOGICA¹

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

Firenze, _____

(firma)

¹ 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 ODONTOSTOMATOLOGICA²

- 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)

² indicare con una crocetta la clinica prescelta.