



## ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI SOCIALI

“Francesca Laura MORVILLO FALCONE”

Via Galanti, 1 - Tel. 0831/513991

brrf010008@istruzione.it – brrf010008@pec.istruzione.it

www.morvillofalconebrindisi.edu.it

72100 BRINDISI

I.P.S.S.S. "F.L. MORVILLO FALCONE"  
BRINDISI  
Prot. 0012422 del 22/09/2021  
(Uscita)

Al Rappresentante del Ministero della Salute  
Al Rappresentante della Regione Puglia  
Al Rappresentante di categoria  
Ai Commissari interni  
Ai Candidati

Circ. 59/Interna

**OGGETTO:** Costituzione Commissione Esaminatrice di cui all'art. 7 O.M. 457/2016 - Esame di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie - indirizzo Ottico e indirizzo Odontotecnico e relativo Calendario.

### COMMISSIONE OTTICO.

<i>Commissione Esaminatrice</i>	
<i>Cognome e Nome</i>	<i>Componente</i>
ESPOSITO Irene	<b>PRESIDENTE</b>
ORTESE Clotilde	<i>AB24 - Lingue e culture straniere (Inglese)</i>
MUSCOGIURI Cosimo Raffaele	<i>A046 - Scienze giuridico-economiche</i>
ARGENTIERO Madia	<i>A015 - Discipline Sanitarie</i>
MANCA Giovanni	<i>A20 - Ottica, Ottica Applicata</i>
Dott. CAPPIELLO Giuseppe Paolo	<i>Rappresentante del Ministero della Salute</i>
Sig. ANTONAZZO Michele	<i>Rappresentante Regione Puglia</i>
MAZZARELLA Pierpaolo	<i>Rappresentante di Categoria</i>
DE TOMMASO Roberta	<i>B007 - Lab. di Ottica (esperto di materie tecn. - professionali)</i>

### **CALENDARIO ESAMI ABILITAZIONE OTTICO dal 27 Settembre al 29 Settembre 2021**

Lunedì - 27/09/2021	h 8:30	Riunione Preliminare ed eventuali prove di accesso - Palestra
Martedì - 28/09/2021	h 8:30	Prova scritta - Palestra
Martedì - 28/09/2021	h 15:00	Prova pratica - Laboratorio Ottica
Mercoledì - 29/09/2021	h 8:30	Prova orale
		Al termine scrutinio finale

## COMMISSIONE ODONTOTECNICO

<i>Commissione Esaminatrice</i>	
<i>Cognome e Nome</i>	<i>Componente</i>
<b>ESPOSITO</b> Irene	<b>PRESIDENTE</b>
<b>ORTESE</b> Clotilde	<b>AB24 - Lingue e culture straniere (Inglese)</b>
<b>MUSCOGIURI</b> Cosimo Raffaele	<b>A046 - Scienze giuridico-economiche</b>
<b>ARGENTIERO</b> Madia	<b>A015 - Discipline Sanitarie</b>
<b>FIorentINO</b> Dolores	<b>A034 Scienze dei Materiali dentali e Lab.</b>
Dott. <b>LABORAGINE</b> Giuseppe	<b>Rappresentante del Ministero della Salute</b>
<b>Avv. CAVALLO</b> Christian	<b>Rappresentante Regione Puglia</b>
<b>MANCO</b> Carlo	<b>Rappresentante di Categoria</b>
<b>LONOCE</b> Pietro	<b>B006 – Lab. di Odontotecnico (esperto di materie tecn. - professionali)</b>

## **CALENDARIO ESAMI ABILITAZIONE ODONTOTECNICO** **dal 30 Settembre al 04 Ottobre 2021**

Giovedì - 30/09/2021	h 8:30	Riunione Preliminare ed eventuali prove di accesso - Palestra
Venerdì - 01/10/2021	h 8:30	Prova scritta - Palestra
Martedì - 01/10/2021	h 15:00	Prova pratica - Laboratorio Ottica
Mercoledì - 04/10/2021	h 8:30	Prova orale Al termine scrutinio finale

I risultati saranno affissi alla bacheca posta all'ingresso dell'Istituto.

In attuazione del Decreto Legge 10 Settembre 2021 n. 122 e ferme restando le vigenti disposizioni in materia di distanziamento, utilizzo di DPI e misurazione della temperatura corporea, l'accesso alle prove è consentito esclusivamente ai candidati e commissari muniti della **certificazione verde**. Si precisa che la suddetta certificazione viene rilasciata anche in assenza di vaccino, a condizione di risultare negativi al test molecolare (o antigenico rapido) nelle ultime 48 ore, oppure per avvenuta guarigione da COVID-19. Si ricorda altresì che il possesso e l'esibizione della certificazione non sono dovuti da parte dei soggetti esenti dalla campagna vaccinale, sulla base di idonea certificazione medica rilasciata secondo icriteri definiti con circolare del Ministero della Salute.

**L'ingresso in Istituto avverrà dal cancello di Via Lanzillotti, di fronte all'ingresso del Tribunale di Brindisi.**

Si allega autodichiarazione **da restituire firmato quotidianamente.**

**Allegato A- Autodichiarazione accesso Istituto**

**Il Dirigente Scolastico**

**(dott.ssa Irene Esposito)**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*

*ai sensi dell'art.3 co.2 del Dlgs 39/93*

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Carta identità \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
- per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non avere sintomi influenzali (quali tosse o difficoltà respiratorie) e di aver provveduto a rilevare autonomamente la temperatura corporea del/la figlio/a, con esito inferiore a 37,5°C;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti precedenti.

Brindisi, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_