

Al Direttore Tecnico
del "Centro Linguistico di Ateneo"
via degli Alfani, 58
50121 Firenze
da inviare via fax: 055/288372

Data: _____

Il/La sottoscritto/a _____,
Presidente del Corso di Laurea in _____
Scuola di _____,
chiede che lo studente _____
matricola n° _____, dovendosi laureare nella sessione
_____ dell'a.a. _____, possa ripetere la Prova di Verifica
della Conoscenza Linguistica obbligatoria una volta al mese.

Firma _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Timbro

Nota Bene:

- *Questo modulo è valido 3 mesi, per sostenere fino a 3 test consecutivi. La data di inizio validità coincide con il primo dei 3 test, anche se già sostenuto al momento della presentazione del modulo.*
- *La prenotazione può essere fatta solo per telefono allo 0552756910.*
- *La richiesta di ripetizione è autorizzata una sola volta nell'arco della carriera universitaria.*