

Al Direttore Tecnico
del "Centro Linguistico di Ateneo"
via degli Alfani, 58
50121 Firenze
da inviare via mail a: test@cla.unifi.it

Data: _____

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

Firma _____

(firma e timbro possono essere sostituiti dall'invio
dalla casella di posta unifi del docente)

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 (055 2756910)*
- *La richiesta di ripetizione è autorizzata una sola volta nell'arco della carriera universitaria.*