



SOLICITUD DE REVISION DE LA PRUEBA DE CERTIFICACION

D. / Dña. Apellidos : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Expone:

Que con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024 realizó la prueba de certificación de:

IDIOMA: ITALIANO

NIVEL: \_\_\_\_\_

Indique la hora en la que acudirá al centro:

<input type="checkbox"/>	De 11:00 a 13:00
<input type="checkbox"/>	De 17:00 a 19:00

Solicita:

Poder ver la parte correspondiente a la/las actividades de:

- Producción y Coproducción de textos orales
- Producción y Coproducción de textos escritos
- Comprensión de textos orales
- Comprensión de textos escritos
- Mediación

En Gijón, a \_\_\_\_\_ de junio de 2024

Firma de la persona aspirante

Enviar a [eoigijon.italiano.certificacion@gmail.com](mailto:eoigijon.italiano.certificacion@gmail.com) antes de las 9:00 del 25 de junio.

A CUMPLIMENTAR TRAS LA REVISIÓN DE LA PRUEBA

La persona aspirante hace constar que se le ha/n mostrado la/s parte/s de la prueba que solicitó ver

El profesorado abajo firmante ha mostrado la/s parte/s de la prueba que la persona aspirante solicitó ver

Firma de la persona aspirante

Fdo: \_\_\_\_\_

NOTA: En el caso de que la persona aspirante sea menor de edad, podrá ver la prueba acompañado/a de su padre, madre, tutor o tutora legal.