



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 _____ de 2024

Firma de la persona aspirante

Enviar a eoigijon.italiano.certificacion@gmail.com antes de las 9:00 del 1 de octubre.

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.