

Al Direttore del
CENTRO di Certificazione DITALS
dell'UNIVERSITÀ PER
STRANIERI DI SIENA
Piazza C. Rosselli 27/28
53100 SIENA

Oggetto: Consulenza DITALS

IL/LA SOTTOSCRITT_

COGNOME: _____ NOME: _____

NATA/O IL: _____ A _____
Comune

_____ NAZIONE: _____
Provincia

E RESIDENTE IN: _____

_____ CAP/Comune/Provincia/Indirizzo/n° civico

CHIEDE
di poter usufruire della consulenza sulla prova di esame sostenuta

Data della sessione di esame DITALS _____

Livello di certificazione _____

Profilo apprendenti (se I livello) _____

Indirizzo postale del richiedente: _____

Indirizzo di posta elettronica del richiedente: _____

Data:

Firma del Richiedente

Allegare documento di identità in corso di validità e copia del pagamento effettuato.