



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie Presidente Prof. Sergio Bernardini

RICONOSCIMENTO CERTIFICAZIONI DI LINGUA STRANIERA

Spazio riservato allo studente

Nome e cognome _____

Corso di laurea _____

Matricola _____ CFU _____ Lingua _____

Anno di immatricolazione* _____

Tel. _____ e-mail _____

Data _____ Firma dello studente _____

Dichiaro di lasciare in deposito SOLTANTO LA FOTOCOPIA del diploma

*** Si ricorda che le matricole otterranno l'idoneità non prima della sessione estiva.**

Spazio riservato al docente

Il certificato è valido? Se no, perché? _____

Data _____ Firma del docente _____