



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Centro Linguistico di Ateneo

Ufficio Servizi Didattici

Al Direttore

Centro Linguistico di Ateneo

**SEDE**

## **DOMANDA DI EQUIPOLLENZA**

(Riconoscimento idoneità)

### **PER LE CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

matricola n.....

telefono .....e-mail .....

immatr. nell'a.a. .... iscritto nell'a.a. .... / .....

al ..... anno del Corso di Studio.....

Dipartimento/Scuola Unibas .....

#### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 che la copia della Certificazione Linguistica Internazionale allegata è conforme all'originale e, pertanto,

#### CHIEDE

la valutazione di tale Certificazione, ai fini del riconoscimento del livello di conoscenza della lingua.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allega:

- 1) Copia della Certificazione
- 2) Documento di identità