



RICHIESTA DI REVISIONE

Il Sottoscritto _____ matricola _____

Richiede a codesta Segreteria di Facoltà la possibilità di rivedere con il Docente del corso:

ESAME SCRITTO ELABORATO

dell'anno accademico _____ / _____ Ciclo _____

della Materia: Codice _____ Titolo _____

Docente _____

per i seguenti motivi: _____

e-mail: _____

N.B.- Tutti i campi devono essere compilati obbligatoriamente. Le richieste incomplete non verranno prese in considerazione.

Data odierna _____ Firma del richiedente _____

Firma del Decano/Dir. Istituto _____