**RICHIESTA DI RINVIO ESAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Il sottoscritto prof.** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| **Presidente della Commissione degli esami di** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

**CHIEDE**

che gli esami fissati

|  |  |
| --- | --- |
| **per il giorno** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| **alle ore** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

siano rinviati

|  |  |
| --- | --- |
| **al giorno** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| **alle ore** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nota** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

Data, Fare clic o toccare qui per immettere una data.

 Firma

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**VISTO si autorizza**

**Al Coordinatore del CdL**

**Prof.** Fare clic qui per immettere testo.

Note:

* Si ricorda che tra il 1° e il 2° appello di ogni sessione di esame devono intercorrere almeno 14 giorni.
* L’eventuale richiesta di rinvio di un appello – purché all’interno delle date indicate nel calendario delle attività didattiche – deve essere inviata a **segrdidattica.daed@unirc.it** e **protocollo.daed@unirc.it** **con un anticipo di almeno 48 ore.**