



CERERE DE REEVALUARE

Nume:..... Prenume:.....

Data nașterii:ziua,luna,anul.

Locul nașterii (orașul):.....

Locul examenului: Limba: Nivelul:

Data examenului: Codul de autentificare (PID):.....

Abilitatea de a fi reevaluată (bifați cele dorite):

înțelegerea discursului scris	<input type="radio"/>	procentajul obținut %
exprimare scrisă	<input type="radio"/>	procentajul obținut %
înțelegerea discursului vorbit	<input type="radio"/>	procentajul obținut %
oral	<input type="radio"/>	procentajul obținut %

Adresa de contact:

Țara: Cod poștal: Județ:

Localitate: Strada: Nr:...Bl:...Sc:...Ap:...

Telefon:..... E-mail:

Justificarea cererii de reevaluare:

.....
.....
.....

Data:.....

Semnătura:.....

- TAXA DE REEVALUARE ESTE DE 10 EURO / ABILITATE.
- SUMA SE VIREAZĂ ÎN CONTUL: RO87 RNCB 0124 0380 0744 0001.
- ESTE NECESAR SĂ ANEXAȚI ACESTEI CERERI DOVADA PLĂȚII.
- ÎN LIPSA ACTULUI DOVEDITOR A PLĂȚII, NU PUTEM EFECTUA REEVALUAREA.