



Liceul Teoretic "Aurel Lazăr"

Str. Avram Iancu Nr. 10, 410094 Oradea, Bihor

Tel : 00 40 259 436208; 00 40 259 434019

00 40 359 410526; 00 40 359 410527

Fax: 00 40 259 436208; 00 40 259 434019

E-mail: alazar1990@yahoo.com

www.alazar.ro

ANEXA 2: CERERE ECHIVALARE

NR.....

Doamnă/Domnule președinte,

Subsemnatul (a) _____,

(nume, prenume părinte/tutore legal) domiciliat(ă) în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etaj _____, apartament _____, sectorul/județul _____, nr. telefon _____, părinte / tutore legal al elevului/eleveii _____, elev(ă) în clasa a IV-a _____ (nume,

inițiala tatălui, prenume) la _____, (unitatea de învățământ) în anul școlar 2024-2025, vă rog să aprobați cererea de recunoaștere și echivalare a rezultatelor obținute la examene cu recunoaștere internațională pentru certificarea competențelor lingvistice în limbi străine cu Testul de competență lingvistică pentru admiterea în clasa a V-a cu program intensiv de studiu al unei limbi moderne de circulație internațională susținut în anul școlar 2024-2025, astfel:

LIMBA MODERNĂ:

EXAMENUL SUSȚINUT:

INSTITUȚIA CARE ELIBEREAZĂ CERTIFICATUL/DIPLOMA/ADMINISTREAZĂ EXAMENUL:

CERTIFICATUL OBȚINUT / DIPLOMA OBȚINUTĂ SERIA NR.

NIVEL DE COMPETENȚĂ OBȚINUT:

Data,

Semnătura,