



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Marca da bollo
secondo le vigenti
disposizioni di legge

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

**DOMANDA DI RICONGIUNGIMENTO CARRIERA
PER INFERMITÀ**

N. matricola _____

Il sottoscritt _____
Cognome Nome

nat. a _____ Prov. _____ il _____

iscritt. al _____ anno in corso / fuori corso / ripetente del Corso di Laurea Corso di Laurea
Specialistica Corso di Laurea Magistrale (barrare la casella che interessa)

in _____

indirizzo _____

del Dipartimento _____

CHIEDE

il ricongiungimento di carriera per l'anno accademico _____ / _____ a causa di infermità gravi
e prolungate dal _____ al _____

Allega:

- ricevuta attestante l'avvenuto versamento di € 156,00 quali tassa regionale per il diritto allo studio universitario di (€ 140,00) e imposta di bollo (€ 16,00) [il versamento va effettuato utilizzando i sistemi di pagamento elettronici (pagoPA)].
- documentazione giustificativa.

Durante gli anni di interruzione non si possono effettuare atti di carriera.

Campobasso, _____

Firma leggibile

L' _____ studente _____

matr. _____ ha presentato in data _____

domanda di ricongiungimento di carriera per l'a.a. _____ / _____

Settore Segreteria Studenti
