

Marca da bollo
secondo le vigenti
disposizioni di legge



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise
Al Coordinatore del Dottorato di Ricerca in

Prof. _____

DOMANDA DI SOSPENSIONE

N. matricola _____

I sottoscritt _____
Cognome *Nome*

nat a _____ il _____

iscritt per l'a.a. ____/____ al 1° 2° 3° anno del Corso di Dottorato di Ricerca in

_____ ciclo _____

CHIEDE

la sospensione della frequenza del Corso dal _____ al _____ per il seguente motivo:

A tal fine il/la sottoscritto/a allega:

- certificazione medica attestante la motivazione (maternità/paternità/motivi di salute)
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) o altra documentazione che consenta la valutazione della richiesta di sospensione da parte del Collegio dei Docenti

*In caso di maternità/paternità l'interessato/a è tenuta/o a trasmettere anche apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante la nascita del figlio entro 15 giorni dalla nascita.

Campobasso, _____

Firma leggibile