



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

RIPRESA DEGLI STUDI A SEGUITO DI SOSPENSIONE

N. matricola _____

Il sottoscritt _____
Cognome Nome
 nat__ a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

di poter riprendere la propria carriera di studente del (barrare la casella che interessa)

Corso di Laurea Corso di Laurea Specialistica/Magistrale Corso di Specializzazione

in _____

del Dipartimento _____

dall'anno accademico 2023/2024.

Allega certificato attestante l'avvenuto conseguimento del titolo che ha motivato la richiesta di sospensione (soltanto nei casi di sospensione richiesta per frequenza di altro corso di studio).

Luogo e data

Firma leggibile

 L__ studente _____ matr. _____
 ha presentato in data _____ domanda di ripresa degli studi a seguito di
 sospensione per l'a.a. 2023/2024.

Settore Segreteria Studenti
