

## MODULO PER LA RICHIESTA DI RILASCIO DELLA LABEL DI DOCTOR EUROPÆUS

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Trieste  
 P.le Europa, 1 - 34127 – TRIESTE  
 Settore Servizi agli studenti e alla didattica - Ufficio Dottorati di ricerca [dottorati@amm.units.it](mailto:dottorati@amm.units.it)

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

iscritto per l'a.a. \_\_\_\_\_ al dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_

all'anno di corso  primo  secondo

ciclo

### CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura prevista per il rilascio della certificazione Doctor Europæus aggiuntiva al titolo di Dottore di Ricerca

### DICHIARA

- di aver preso visione del "[Regolamento per la certificazione Doctor Europæus](#)" approvato con D.R. 10/6/2011 e di essere a conoscenza degli adempimenti obbligatori per il rilascio della certificazione, di seguito elencati:
- di  di aver trascorso  prevedere di trascorrere  
 entro il terzo anno di frequenza del dottorato e prima dell'ammissione all'esame finale, almeno tre mesi continuativi di ricerca finalizzati alla preparazione della tesi presso l'Università o l'Ente di ricerca di un paese europeo di seguito indicata: \_\_\_\_\_

Link della home page dell'Istituzione \_\_\_\_\_

- di avere ottenuto parere favorevole all'accordo dal Collegio dei Docenti nella seduta del \_\_\_\_\_ ;
- di essere a conoscenza di dover presentare all'Ufficio Dottorati idonea certificazione del periodo di frequenza all'estero;

(località) \_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERESSATO

<b>VISTO SI APPROVA</b>	
IL SUPERVISORE  ..... (Prof.: .....)    	IL COORDINATORE  ..... (Prof.: .....)    