

MODULO SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA – COMUNICAZIONE SUCCESSIVA

*Il modulo va compilato a video >> stampato >> firmato e quindi fatto pervenire all'Ufficio sotto indicato.
In caso di impossibilità di compilare a video può esser compilato a penna in stampatello leggibile.*

Settore Servizi agli studenti e alla didattica – Ufficio Dottorati di ricerca

dottorati@amm.units.it - fax +39040 558 3008

Il/La sottoscritto/a dottorando/a

Cognome

Nome

O borsista di dottorato

O non borsista di dottorato

regolarmente iscritto/a al Dottorato di ricerca in

ciclo

all'anno di Corso **O primo** **O secondo** **O terzo** **O ripetente** nel periodo **O di recupero della frequenza**

avendo sospeso la frequenza al dottorato **dal**

giorno mese anno

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

al

giorno mese anno

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

per (*barrare*)

O1 Periodo di gestazione/puerperio.

O2 Congedo parentale di cui al D.Lgs 151/2001, art. 32 per un periodo massimo di tre mesi entro il primo anno di vita del bambino.

O3 Gravi motivi di salute.

O4 Gravi motivi di famiglia, a seguito della positiva valutazione preventiva del Collegio dei docenti.

O5 Altro, a seguito della positiva valutazione preventiva del Collegio dei docenti.

DICHIARA

di aver ripreso la frequenza al dottorato di ricerca dal giorno

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

N.B: l'eventuale borsa di studio sarà riattivata dalla medesima data

SPAZIO PER EVENTUALI OSSERVAZIONI:

| |
|--|
| |
|--|

LUOGO

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

giorno mese anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO/A

Il Coordinatore conferma che il dottorando/a ha ripreso la frequenza nella data sopra indicata

LUOGO

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

giorno mese anno

FIRMA AUTOGRAFA COORDINATORE

(non si accetta come firma il copia/incolla di un'immagine)