



## UNIVERSITA' DELLA CALABRIA

Al Magnifico Rettore  
dell'Università della Calabria

SEDE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ di cittadinanza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Domiciliato/a in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )  
Stato \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Iscritto/a per l'a.a. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso del dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ciclo \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la sospensione dagli obblighi di frequenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- grave malattia
- particolari situazioni familiari
- servizio civile
- periodo di prova presso pubblica amministrazione

A tal fine il/la sottoscritto/a allega:

- Certificazione medica attestante la motivazione della sospensione;
- Autocertificazione;
- Presa d'atto del coordinatore del corso;
- Soltanto per lo svolgimento del periodo di prova presso la pubblica amministrazione dichiarazione rilasciata dall'Ente.

Rende, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

**N.B.: Il dottorando è tenuto a dare comunicazione della ripresa degli studi.**