



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.