

RICHIESTA SOSPENSIONE

Il/La sottoscritto/a nato/a a
prov (.....) il, telefono..... email
....., regolarmente iscritto/a per l'a.a.
.....al anno del Corso di Dottorato di ricerca
....., Ciclo

Nel rispetto del Regolamento di Ateneo in materia di dottorato di ricerca,

CHIEDE

di sospendere la frequenza dal suddetto corso per una delle seguenti motivazioniⁱ:

- malattia per un periodo superiore a 30 giorni
- paternità
- infortunio
- altro, precisare

per il periodo compreso tra ile il

DICHIARA

di essere a conoscenza che:

- la sospensione è disposta con apposito provvedimento;
- il periodo di sospensione di cui sopra dovrà essere interamente recuperato con conseguente prolungamento della durata del corso;
- nel periodo di sospensione non fruirà di borsa di dottorato;
- i periodi facoltativi di sospensione e il periodo di proroga non potranno superare complessivamente diciotto mesi.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

VISTO il Tutor, Prof./Prof.ssa

.....
(firma del Tutor)

ⁱ Per malattia o congedo parentale è necessario allegare il certificato medico per il periodo di sospensione dichiarato nella presente istanza. Per le altre motivazioni allegare, se disponibile, documentazione a supporto.