



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI GUGLIELMO MARCONI

Al Direttore di Tesi

Prof. _____

Al Coordinatore

Al Collegio Docenti

del Dottorato di Ricerca in

Al Responsabile

dell'Ufficio Dottorati di Ricerca

Università degli Studi "Guglielmo Marconi"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente in _____ PR (____) Via _____

Iscritto/a al _____ anno del Dottorato di Ricerca in _____

_____ Ciclo _____

CHIEDE

la proroga di _____ mesi (**fino ad un massimo di 12**) per il deposito della tesi di dottorato per la seguente motivazione:

Il sottoscritto comunica di aver già/non aver già usufruito di _____ mesi di proroga per il deposito della tesi di dottorato.

Luogo e data

Firma

Il presente modulo dovrà essere inviato a mezzo mail all'indirizzo: dottoratidiricerca@unimarconi.it congiuntamente ad un documento di identità in corso di validità.

