



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI GUGLIELMO MARCONI

Al Coordinatore
Al Collegio Docenti
del Dottorato di Ricerca in

Al Responsabile
dell'Ufficio Dottorati di Ricerca
Università degli Studi "Guglielmo Marconi"
via Plinio, 44
00193 – R O M A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente in _____ PR (____) Via _____

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

_____ Ciclo _____

CHIEDE

di sospendere la frequenza del suddetto corso di dottorato, a partire dal _____ e
fino al _____ per la seguente motivazione:

- grave e documentata malattia/infortunio;
- assolvimento del servizio civile;
- maternità e puerperio;
- frequenza del TFA;
- esperienze lavorative o di addestramento alla ricerca;
- altro _____

Il sottoscritto è consapevole che le tasse pagate non saranno rimborsate in alcun caso.

A tal fine il/la sottoscritto/a allega:

- Documento di identità
- Certificazione medica attestante la motivazione della sospensione;
- Altro _____

Luogo e data _____

Firma _____

