

SOSPENSIONE FREQUENZA
Dottorato di Ricerca

Matr. n°.....

**Al Rettore dell'Università degli
Studi di Milano-Bicocca**

Il /la sottoscritto/a
nato/a a (prov.) il
iscritto/a per l'a.a. al anno di corso del Corso di Dottorato di Ricerca in
.....
(ciclo)

CHIEDE

la sospensione dagli obblighi di frequenza dal al*

per il seguente motivo:

- | | |
|---|--|
| A | Congedo parentale |
| B | Periodo di prova per assunzione presso la P.A. |
| C | Grave malattia |
| D | Particolari situazioni familiari |

Milano,

Firma

* Il dottorando è tenuto a dare comunicazione all'Ufficio Dottorati della ripresa della frequenza

ALLA DOMANDA DEVONO ESSERE ALLEGATI:

A + C	Certificazione medica attestante la motivazione della sospensione
B	Copia lettera di assunzione
D	Nullaosta del Coordinatore del Corso di Dottorato

Modulistica incompleta non verrà accettata.

RICEVUTA SOSPENSIONE FREQUENZA DOTTORATO

Matr. Cognome Nome

Data