

**MODULO SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA – COMUNICAZIONE SUCCESSIVA**

Il modulo va compilato a video >> stampato >> firmato e quindi fatto pervenire all'Ufficio sotto indicato.  
In caso di impossibilità di compilare a video può esser compilato a penna in stampatello leggibile.

Settore Servizi agli studenti e alla didattica – Ufficio Dottorati di ricerca

[dottorati@amm.units.it](mailto:dottorati@amm.units.it) - fax +39040 558 3008

Il/La sottoscritto/a dottorando/a

Cognome

Nome

borsista di dottorato

non borsista di dottorato

regolarmente iscritto/a al Dottorato di ricerca in

ciclo

all'anno di Corso  primo  secondo  terzo  ripetente nel periodo  di recupero della frequenza

avendo sospeso la frequenza al dottorato dal

giorno mese anno

--	--	--

al

giorno mese anno

--	--	--

per (barrare)

**O1** Periodo di gestazione/puerperio.

**O2** Congedo parentale di cui alla Legge n. 81/2017, art. 8 per un periodo massimo di sei mesi entro il terzo anno di vita del bambino.

**O3** Gravi motivi di salute.

**O4** Gravi motivi di famiglia, a seguito della positiva valutazione preventiva del Collegio dei docenti.

**O5** Altro, a seguito della positiva valutazione preventiva del Collegio dei docenti.

**DICHIARA**

di aver ripreso la frequenza al dottorato di ricerca dal giorno

--	--	--

N.B: l'eventuale borsa di studio sarà riattivata dalla medesima data

SPAZIO PER EVENTUALI OSSERVAZIONI:

--

LUOGO

--	--	--

giorno

mese

anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO/A

Il Coordinatore conferma che il dottorando/a ha ripreso la frequenza nella data sopra indicata

LUOGO

--	--	--

giorno

mese

anno

FIRMA AUTOGRAFA COORDINATORE

(non si accetta come firma il copia/incolla di un'immagine)