

SOSPENSIONE FREQUENZA

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI URBINO CARLO BO**

Il/la sottoscritto/a

nato/a il a

cell.:..... e-mail:

iscritto, per l'anno accademico/..... al anno del corso

di Dottorato di ricerca
(ciclo.....)

CHIEDE

la sospensione dagli obblighi di frequenza dal al*

per il seguente motivo:

Maternità/Paternità (allegare certificazione medica)

Grave malattia (allegare certificazione medica)

Periodo di prova per assunzione presso la P.A.

Iscrizione TFA (Tirocinio Formativo Attivo DM 249/10)

Urbino,

Firma

* Il dottorando è tenuto a dare comunicazione all'Ufficio Alta Formazione Post Laurea e pergamene della ripresa della frequenza delle attività.