

**Al Coordinatore del Corso di Dottorato  
di Ricerca in \_\_\_\_\_  
Prof. \_\_\_\_\_**

Sospensione frequenza\*

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_ ammesso al corso di dottorato di ricerca in  
\_\_\_\_\_ ° ciclo presso  
questo Ateneo;

**DICHIARA**

- di sospendere la frequenza del corso di dottorato di ricerca sopra citato per maternità
- di sospendere la frequenza del corso di dottorato di ricerca sopra citato per gravi motivi

Luogo e data

Firma del dichiarante

**\*N.B. modello da inviare esclusivamente al Coordinatore del corso**