



BLOCCO DEGLI STUDI PER MATERNITÀ O INFERMITÀ GRAVI E PROLUNGATE

Il/la sottoscritt _____ matricola _____
(cognome) (nome)

nat_ a _____ (_____) il _____
(luogo di nascita) (prov.) (data di nascita)

iscritt_ al corso di laurea in _____

CHIEDE

la sospensione temporanea degli studi per l'anno accademico _____ per la seguente motivazione (prevista dai regolamenti vigenti):

- Gravidanza*
- Grave patologia o infermità **

*Allega alla presente certificato medico.

** Allegare alla presente certificato medico contenente riferimento all'art. 9 comma 4 del Dlgs 68/2012

Data.....

Firma.....

(da compilare a cura dell'operatore che riceve l'istanza)

Documento di identità n°

Rilasciata da il

Firma dell'operatore