

**MODULO SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA – COMUNICAZIONE PREVENTIVA**

da presentare in originale prima del periodo qui attestato.

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Trieste  
P.le Europa, 1 - 34127 – TRIESTE  
Settore Servizi agli studenti e alla didattica – Ufficio Dottorati di ricerca  
[dottorati@amm.units.it](mailto:dottorati@amm.units.it)

**Va apposta  
una marca  
da  
bollo da  
euro 16,00 (\*)**

Il/La sottoscritto/a dottorando/a

Cognome

Nome

**O borsista di dottorato****O non borsista di dottorato**

regolarmente iscritto/a al Dottorato di ricerca in

ciclo

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

di sospendere la frequenza al dottorato

**dal**

giorno mese anno

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

presumibilmente fino al

giorno mese anno

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

per (barrare)

**01 Periodo di gestazione/puerperio:** astensione obbligatoria di **due** mesi pre-partum e **tre** post-partum (ai sensi del D.Lgs. 26.3.2001 n. 151 e del DM 12.7.2007).

Allega: certificato medico di carattere ostetrico/ginecologico riportante la data presunta del parto.

(NOTA: Il certificato di nascita o la sua autocertificazione dovrà poi essere tempestivamente consegnato all'Ufficio Dottorati ai fini della determinazione del periodo esatto di sospensione obbligatoria)

**01a Flessibilità del congedo di maternità:** l'interessata può chiedere, in alternativa, **un** mese di astensione pre-partum e **quattro** post-partum. La richiesta, da presentare entro il 7° mese di gravidanza, potrà essere accolta a condizione che un medico specialista del Servizio Sanitario, o con esso convenzionato, attesti che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. Il medico dell'Ateneo competente ai fini della prevenzione e tutela dei luoghi di lavoro dovrà confermare tale valutazione previa visita medica.

Allega a tal fine: certificato medico di un ostetrico/ginecologo del ssn riportante l'attestazione di non pregiudizio e la data presunta del parto.

**01b Estensione del congedo di maternità fino a sette mesi dopo il parto per fattori di rischio lavorativi:** l'interessata deve inoltrare la richiesta direttamente alla Direzione Provinciale del Lavoro (DPL) su apposita modulistica, con allegata la dichiarazione dell'Ateneo (Ufficio Dottorati) che la dottoranda svolge mansioni a rischio e che non può essere adibita ad altre mansioni. La dottoranda dovrà chiedere preventivamente al preposto la suddetta dichiarazione. All'Ufficio Dottorati dovrà pervenire l'esito della richiesta presentata alla DPL.

**01c Congedo di maternità di 5 mesi Post Partum:** in alternativa ai classici congedi (vedasi p.ti 1 e 1a), l'interessata può usufruire totalmente del congedo di maternità per 5 mesi dopo il parto. La richiesta va presentata 15 giorni prima del 7° mese, pena la irricevibilità della stessa e potrà essere accolta a condizione che un medico specialista del Servizio Sanitario, o con esso convenzionato, e il Medico competente attestino che tale opzione non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. Nel caso di parto anticipato rispetto alla data presunta, risultante da certificato medico di gravidanza, i 5 mesi totali decorreranno a partire dalla data di parto effettivo.

**02 Congedo parentale** di cui al D.Lgs 151/2001, art. 32 per un periodo massimo di tre mesi entro il primo anno di vita del bambino.

**03 Gravi motivi di salute.**

Allega: certificato in carta semplice rilasciato dal medico curante con indicato il periodo di prognosi.

**04 Gravi motivi di famiglia,** previa valutazione del Collegio dei docenti (\*\*).

Allega: documentazione che consenta la valutazione della richiesta di sospensione (certificati medici, etc.) da parte del Collegio dei docenti che sarà chiamato a deliberare motivatamente in merito all'eventuale accoglimento della richiesta evidenziando nello spazio dedicato alle "eventuali osservazioni" argomentazioni aggiuntive.

**05 Motivi lavorativi (periodi di prova),** previa valutazione del Collegio dei docenti (\*\*)

Allega: documentazione che consenta la valutazione della richiesta di sospensione da parte del Collegio dei docenti evidenziando nello spazio dedicato alle "eventuali osservazioni" argomentazioni aggiuntive.

(\*\*) SPAZIO PER EVENTUALI OSSERVAZIONI

<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
LUOGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
giorno	mese	anno

<input type="text"/>
FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO/A

Il sottoscritto Coordinatore, nei casi di richieste di sospensione di cui ai punti 1, 2 e 3 prende atto, nei casi di richieste di cui ai punti 4 e 5, dichiara che il Collegio dei docenti si è già espresso positivamente

in data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>
LUOGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
giorno	mese	anno

<input type="text"/>
FIRMA AUTOGRAFA COORDINATORE

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

- Non si darà corso a domande prive della firma del Coordinatore o prive della documentazione richiesta.

(\*) Il dottorando impossibilitato a far pervenire la marca da bollo e abbia la possibilità di accedere ad ESSE3 può chiedere l'emissione di un bollo virtuale da pagare tramite carta di credito o MAV. Una volta effettuato il pagamento dovrà inviare la ricevuta a: [dottorati@amm.units.it](mailto:dottorati@amm.units.it)