

MODULO RECUPERO FREQUENZA

*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

Il/La sottoscritto/a dottorando/a

Cognome

Nome

O borsista di dottorato

O non borsista di dottorato

iscritto/a al Dottorato di ricerca in

ciclo

DICHIARA

- di essere a conoscenza che le sospensioni della frequenza vanno recuperate secondo quanto previsto dal Regolamento sul dottorato e secondo le modalità previste dal Collegio dei docenti in accordo con il tutor:
 - alla fine del ciclo, recuperando tutti i periodi di sospensione inferiori o uguali a 6 mesi fruiti durante gli anni accademici di iscrizione al Dottorato
 - nell'anno di ripetenza, nel caso di iscrizione ad un anno di corso in qualità di ripetente per periodi di sospensione superiori ai 6 mesi all'interno di un anno accademico
- di aver recuperato la frequenza relativa al/i seguente/i periodo/i di sospensione

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

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

SPAZIO PER EVENTUALI OSSERVAZIONI:

LUOGO

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

giorno mese anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO/A

Il Coordinatore conferma che il dottorando/a ha recuperato totalmente tutti i periodi di sospensione qui sopra indicati.

LUOGO

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

giorno mese anno

FIRMA AUTOGRAFA COORDINATORE

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