



Tutte le Facoltà / Istituti / Cicli di studio

RICHIESTA DI SOSPENSIONE DEGLI STUDI

Il/La sottoscritto/a _____ Matr. _____
nato/a a _____ Nazione _____ (Prov. _____)
il _____ residente a _____ Prov. _____
in via _____ CAP _____ Tel. _____
cellulare _____ e-mail _____
(scrivere in stampatello)
regolarmente iscritto/a per l'Anno Accademico 20____/20____ al _____ anno
del Ciclo di _____ nella Facoltà di _____

CHIEDE

la sospensione degli studi per il seguente motivo:

Laterano, _____

Firma Studente

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA ACCADEMICA

La posizione dello/a studente/ssa è stata verificata in data: _____

(timbro e firma)

PARTE RISERVATA AL SEGRETARIO GENERALE

Il Segretario Generale in data _____

concede

non concede

la sospensione/interruzione dagli studi.

Eventuali annotazioni: _____

Laterano, _____

(firma)