UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

RIPRESA DEGLI STUDI A SEGUITO DI SOSPENSIONE

N. matricola _____

__l__ sottoscritt__ _____ _____
Cognome *Nome*

nat__ a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

di poter riprendere la propria carriera di studente del (barrare la casella che interessa)

❑ Corso di Laurea ❑ Corso di Laurea Specialistica/Magistrale ❑ Corso di Specializzazione

in _____

indirizzo _____

del Dipartimento _____

dall'anno accademico 2014/2015.

Allega certificato attestante l'avvenuto conseguimento del titolo che ha motivato la richiesta di sospensione.

_____, _____
Luogo e data

_____
Firma leggibile

L__ studente _____ matr. _____
ha presentato in data _____ domanda di ripresa degli studi a seguito di sospensione per l'a.a. 2014/2015.

Settore Segreteria Studenti

_____