



Università di Foggia HR EXCELLENCE IN RESEARCH

Area Didattica e Alta Formazione  
Servizio Segreteria Studenti

**DOMANDA DI SOSPENSIONE TEMPORANEA DAGLI STUDI**

**AL MAGNIFICO RETTORE  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
FOGGIA**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_, regolarmente iscritto/a, per  
l'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, al Dipartimento di \_\_\_\_\_ Corso di  
Laurea \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,**

**CHIEDE**

di poter usufruire della sospensione temporanea della carriera, a partire dall'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, per:

<input type="checkbox"/> svolgimento servizio militare di leva o del servizio civile (un anno);	<input type="checkbox"/> per un periodo di due anni dalla nascita di ciascun figlio;
<input type="checkbox"/> frequenza Master Universitari;	<input type="checkbox"/> frequenza Conservatorio;
<input type="checkbox"/> infermità prolungate e debitamente certificate, secondo quanto disposto dall'art. 8, comma 5 del D.P.C.M. del 9 aprile 2001;	<input type="checkbox"/> frequenza Dottorato di Ricerca;
<input type="checkbox"/> frequenza Scuola di Specializzazione	<input type="checkbox"/> frequenza di scuole per allievi ufficiali o sottoufficiali
<input type="checkbox"/> corsi abilitanti all'insegnamento (comunque denominati)	<input type="checkbox"/> infermità prolungate e debitamente certificate, secondo quanto disposto dalla normativa vigente

Foggia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)

**ALLEGARE:**

- documentazione idonea attestante la motivazione di sospensione temporanea dagli studi;
- dichiarazione di avvenuta restituzione libri;
- fotocopia del documento di riconoscimento.

Documento di identificazione: \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Data rilascio : \_\_\_\_\_

**IL FUNZIONARIO**

\_\_\_\_\_



Università di Foggia HR EXCELLENCE IN RESEARCH

**Area Didattica e Alta Formazione  
Servizio Segreterie Studenti**

## **RICEVUTA DI CONSEGNA PER LO STUDENTE/SSA**

Si attesta che lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_

ha presentato, in data odierna, domanda di sospensione dagli studi al corso di laurea

in \_\_\_\_\_

Dipartimento di \_\_\_\_\_

**Foggia,** \_\_\_\_\_

**L'addetto/a** \_\_\_\_\_