



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Marca da Bollo  
da € 16,00

**Al**  
**Magnifico Rettore**  
**dell'Università Cattolica del Sacro Cuore**  
**(Ufficio Dottorati di ricerca)**  
**Largo Gemelli 1**  
**20123 - Milano**

## Dottorati di ricerca – Domanda di sospensione frequenza

Il/La sottoscritto/a

Cognome (\*)

Nome (\*)

Matricola (\*)

Dottorato in (\*)

1  2  3 anno

ciclo (\*) \_\_\_\_\_

di  essere /  non essere beneficiario di borsa di studio (\*)

via (\*)

n.

cap.

Comune (\*)

Prov.

e.mail personale (\*)

telefono (\*)

cellulare (\*)

(\*) **dati obbligatori**

### Chiede

La sospensione della frequenza al dottorato di ricerca per l'a.a. \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

malattia grave (certificazione medica)

scuola di specializzazione di carattere abilitante – Tirocinio Formativo Attivo TFA

rilevanti e comprovate ragioni: \_\_\_\_\_

**Il dottorando è tenuto a dare comunicazione all'Ufficio Dottorati della ripresa della frequenza.**

Data

Firma

Domanda da compilare e inviare all'Università Cattolica del Sacro Cuore - Ufficio Dottorati di ricerca,  
Largo Gemelli 1 - 20123 Milano

Si autorizza l'Università Cattolica del Sacro Cuore, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003, al trattamento, comunicazione e diffusione dei propri dati personali per le finalità ed entro i limiti previsti dalla legge



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Marca da Bollo  
da € 16,00

To the  
Rector  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
(Doctorate Office)  
Largo Gemelli 1  
20123 - Milano

### Research Doctorate Suspension of attendance

I, the undersigned

Surname (\*) \_\_\_\_\_

Name (\*) \_\_\_\_\_

Matriculation number (\*) \_\_\_\_\_

Research Doctorate (\*) \_\_\_\_\_

1  2  3 year

cycle (\*) \_\_\_\_\_

to have /  to have not a scholarship (\*)

street (\*) \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

City (\*) \_\_\_\_\_

email (\*) \_\_\_\_\_

Phone (\*) \_\_\_\_\_

mobile (\*) \_\_\_\_\_

(\*) compulsory

### ask

to suspend the attendance to the research doctorate for the a.y. \_\_\_\_\_ for  
this reason:

acute disease (medical certificate)

specialization school

documented serious reasons: \_\_\_\_\_

**The doctoral candidate must communicate to the Doctorate Office when he/she  
restarts to attend the doctorate.**

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Form to be filled in and sent to the Doctorate Office – Università Cattolica del Sacro Cuore  
Largo Gemelli 1 – 20123 Milano

**I, the undersigned, declare that the information contained in this document may be processed by the Università Cattolica  
del Sacro Cuore, according to Law n. 196/2003, and further modifications and supplements.**