



**DOMANDA DI SOSPENSIONE DAGLI STUDI
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

AI MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Milano

__l__ sottoscritt__

(Cognome) _____ (Nome/i) _____ Matricola _____
nato/a a _____ (Prov) _____ il _____
residente in _____ via _____
cap _____ tel _____ cell _____
iscritto al _____ anno della Scuola di specializzazione in _____

presso l'Università degli Studi di Milano, dichiara in modo esplicito di sospendere gli studi intrapresi presso la predetta Scuola di specializzazione dal _____ per il seguente motivo:

- gravidanza
- (si allega certificazione medica)

Milano, ____/____/____

Firma _____
(leggibile e per esteso)

RICEVUTA CONSEGNA DOMANDA DI SOSPENSIONE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Cognome _____ Nome _____ Matr _____

Data consegna _____