Marca da bollo secondo le vigenti disposizioni di legge

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

DOMANDA DI RICONGIUNGIMENTO CARRIERA PER INFERMITÀ

N. matricola _____

__l__ sottoscritt__ _____ _____
Cognome *Nome*

nat__ a _____ Prov. _____ il _____

iscritt__ al _____ anno in corso / fuori corso / ripetente del ❑ Corso di Laurea ❑ Corso di Laurea Specialistica ❑ Corso di Laurea Magistrale (barrare la casella che interessa)

in _____

indirizzo _____

del Dipartimento _____

CHIEDE

il ricongiungimento di carriera per l'anno accademico _____/_____ a causa di infermità gravi e prolungate dal _____ al _____

Allega:

- ❑ ricevuta attestante l'avvenuto versamento di € 156,00 quali tassa regionale per il diritto allo studio universitario di (€ 140,00) e imposta di bollo (€ 16,00) [il versamento va effettuato utilizzando i sistemi di pagamento elettronici (pagoPA)].
- ❑ documentazione giustificativa.

Durante gli anni di interruzione non si possono effettuare atti di carriera.

Campobasso, _____

_____
Firma leggibile

L__ studente _____

matr. _____ ha presentato in data _____

domanda di ricongiungimento di carriera per l'a.a. _____/_____

Settore Segreteria Studenti

_____