Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo
University of Gastronomic Sciences of Pollenzo

RICHIESTA DI SOSPENSIONE CARRIERA

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Scienze Gastronomiche

_l_ sottoscritt_ _____ _____

Cognome *Nome*

Nat_ il_____ a_____ Prov._____

Codice Fiscale_____

Matricola _____

preso atto di quanto previsto dall'Art. 5.2 del "Regolamento Studenti e Iscrizioni" dell'Università degli Studi di Scienze Gastronomiche

DICHIARA DI VOLER SOSPENDERE LA CARRIERA

presso l'Università degli Studi di Scienze Gastronomiche per uno dei seguenti motivi:

☐ gravidanza/nascita/adozione figlio/a (debitamente documentata in allegato) per le studentesse

☐ nascita/adozione di ciascun figlio/a (debitamente documentata in allegato) per gli studenti che riconoscono la paternità

☐ infermità gravi e prolungate (debitamente documentate in allegato)

_____ _____

Luogo e data Firma (leggibile)