



UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA

Mod. 17

Protocollo Segreteria Generale

**Al Magnifico Rettore
dell'Università Europea di Roma**

SOSPENSIONE DEGLI STUDI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
nato a _____ (_____) il _____
domiciliato in _____ città _____ (_____)
CAP _____ tel _____ N° di matricola _____

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa di volere **SOSPENDERE** per l'anno accademico _____ gli studi
intrapresi presso l'Università Europea di Roma nel Corso di laurea _____

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che tale decisione deve intendersi: **IRREVOCABILE**.

Dichiara inoltre che la sospensione viene richiesta per i seguenti motivi:

Dichiara di essere consapevole del fatto che:

1. nel periodo di sospensione degli studi lo studente non paga tasse o contributi universitari e non può sostenere alcun tipo di prova d'esame.
2. gli studenti che abbiano interrotto gli studi universitari, qualora intendano esercitare i diritti derivanti dall'iscrizione, devono presentare apposita istanza indirizzata al Magnifico Rettore con cui chiedono la ricognizione della qualità di studente ed effettuare i dovuti versamenti.

Data _____ Firma _____



UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA

RICEVUTA PER LO STUDENTE:

Si attesta che lo studente _____

matricola _____ nato a _____ (_____) il _____

e residente in _____ città _____ (_____) CAP _____

nell'anno accademico _____ / _____ Iscritto al _____ anno del CdL _____

ha presentato in data odierna richiesta di sospensione degli studi.

Roma li.....

Numero di protocollo di segreteria/pratica _____

**Timbro della
Segreteria Generale**