



TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Direzione I - Didattica e Servizi agli studenti
Divisione 2 - Formazione post-lauream
Ripartizione 1 - Master, corsi di perfezionamento e scuole di specializzazione area non sanitaria

RICHIESTA DI RIPRESA DEGLI STUDI IN SEGUITO A SOSPENSIONE

Bollo
€16.00

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Roma
Tor Vergata

I sottoscritt_

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ C.a.p. _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ / _____ Cellulare _____ / _____

CHIEDE

La ripresa degli studi universitari in seguito a sospensione, dall'anno accademico _____

del seguente Corso post-lauream _____

Si allega autocertificazione del titolo conseguito o degli anni d'iscrizione al corso

I sottoscritt_ _____ dichiara di avere preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali denominata "Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata"; di averne compreso il contenuto e di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa. L'informativa completa è disponibile al link <http://utov.it/s/privacy>.

Roma, _____

Firma _____

(Leggibile e per esteso)

IN DATA ODIERNA LO STUDENTE HA PRESENTATO DOMANDA DI RIPRESA DELLA CARRIERA IN SEGUITO A SOSPENSIONE DEGLI STUDI.

Cognome _____ Nome _____ Matr _____

Corso di Laurea _____ Data _____

Timbro Segreteria Studenti