

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Roma  
"Tor Vergata"  
Sede

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_

- laureati non medici -, decorrenza formazione specialistica \_\_\_\_\_

chiede la sospensione della formazione specialistica per la frequenza al Dottorato di Ricerca dal

titolo: \_\_\_\_\_

che frequenterà presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega \_\_\_\_\_

Firma dello/a Specializzando/a

\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

La suddetta documentazione dovrà essere inviata a: [segreteriaasm@uniroma2.it](mailto:segreteriaasm@uniroma2.it)