



Mod RSD
Rev.2 05/09/2025

**AL COORDINATORE DEL COLLEGIO
DEL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome _____

nato/a a _____ prov. (____) Stato _____ il _____ iscritto

al ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 anno di corso del dottorato di ricerca in _____

_____ ciclo _____

CHIEDE

la sospensione della frequenza al dottorato di ricerca dal _____ al _____ per:

- ☐ maternità/paternità (**allegare il certificato medico**);

La dottoranda in maternità/dottorando in paternità è tenuta/o, inoltre, a inviare una dichiarazione sostitutiva di certificazione della nascita del figlio entro 15 giorni dalla nascita.

- ☐ malattia/infortunio (**allegare il certificato medico**);

- ☐ altre cause (*es. gravi e documentati motivi familiari, ecc.*) _____ *

A tal fine il/la sottoscritto/a allega:

- ☐ certificazione medica attestante la motivazione (per malattia, infortuni o maternità, ecc.);

- ☐ *altro: dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) o documentazione che consenta la valutazione della richiesta di sospensione da parte del Collegio dei Docenti.

(Firma leggibile allegare documento di identità)

Siena, lì _____

Visto il Supervisore: _____



Il/la dottorando/a è tenuto a comunicare mediante compilazione dell'apposito modulo, scaricabile dal nostro sito web alla pagina della modulistica, la ripresa degli studi al Coordinatore del corso di Dottorato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 76 del medesimo DPR 445/2000

DICHIARA

Il/La sottoscritto/a, a norma della L. 675/1996 fa presente che è a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti della legge.

(data)

(firma)