

Marca da BOLLO
Secondo le
vigenti
disposizioni di
Legge

N. matricola _____

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE**INTERRUZIONE DEGLI STUDI UNIVERSITARI**

___ I ___ sottoscritt _____
Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile) Nome

nat ___ a _____ (Prov. ___)

il ___/___/___ residente a _____ (Prov. ___)

c.a.p. _____ in Via _____ n. _____

Tel.abitazione _____ Tel Cell. _____

iscritt ___ al Corso di Laurea in _____

della Facoltà di _____

CHIEDE

l'interruzione degli studi universitari per l'anno accademico ___/___ per la seguente motivazione:

- infermità gravi e prolungate dal ___/___/___ al ___/___/___, di cui allega relativa certificazione
- servizio militare di leva o civile sostitutivo svolto dal ___/___/___ al ___/___/___
- nascita del proprio figlio in data ___/___/___

Allega:

- bollettino di versamento di € 197,00 sul c.c.p. 11267861 intestato a: Università degli Studi del Molise, causale: *Interruzione a.a.* ___/___.
- fotocopia, previa verifica con originale, del bollettino di versamento di € 70,00 sul c.c.p. 67971630 intestato a : Regione Molise – Servizio Tesoreria, con causale: *Tassa regionale per il Diritto allo Studio Universitario – Codice 00425.*

___ I ___ sottoscritt ___ dichiara di essere a conoscenza che in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e perde il diritto a qualsiasi forma di intervento per tutta la durata del corso di studi, salva in ogni caso, l'applicazione delle norme penali per i fatti costituenti reato.

_____, ___/___/___
luogo e data

firma leggibile

___ I ___ studente _____ matricola n. _____

ha presentato in data ___/___/___ **domanda di interruzione** al Corso di
 _____ Facoltà di _____

Settore Segreteria Studenti