



SOSPENSIONE DEGLI STUDI¹

Anno Accademico 20___/ 20___

MATRICOLA

--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

nato a _____ (_____) il ____/____/____

consapevole che, in base alla normativa vigente, a seguito di sospensione:

- non può effettuare alcun atto di carriera accademica oltre la richiesta ed il ritiro di certificati e diplomi;
- può sospendere la carriera per un massimo di due anni accademici, trascorsi i quali perde il diritto a continuare il ciclo di studi;
- qualora intendesse riprendere gli studi dopo un periodo di sospensione di carriera, deve presentare nuovamente, presso la Segreteria di Facoltà, la domanda di ammissione e l'eventuale richiesta di convalide di materie, insieme alla ricevuta del versamento previsto per la ricongiunzione degli studi,

DICHIARA

di volere sospendere gli studi intrapresi presso l'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum* nella Facoltà/Istituto di _____ ciclo/programma _____, per il semestre 1° 2° dell'anno accademico ____/____.

Dichiara inoltre di:

- essere in regola con il versamento delle tasse.
- se residente in un Collegio, allega una lettera del Rettore del Collegio o del Superiore della Comunità/Casa Religiosa di appartenenza.

Motivo della richiesta: _____

Data:

Firma dello studente:

¹ Cfr. art. 78 par. 2 Regolamento Generale; Norme per la sospensione, rinuncia, ricongiunzione