



**Dottorato di Ricerca in Medicina Traslazionale e Oncologia
Richiesta Sospensione Dottorato di Ricerca**

Al Coordinatore del Dottorato in
Medicina Traslazionale e Oncologia

Oggetto: Richiesta Sospensione del Dottorato in Oncologia Ciclo _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov.) _____ il _____

email _____

tel. Cellulare _____

Dottorando iscritto al _____ anno del _____ Ciclo di Dottorato in Oncologia

Curriculum _____

Chiede

La sospensione del Corso di Dottorato in Oncologia Ciclo _____

dalla data _____ al _____

per il seguente motivo: _____

Roma, _____

In fede

Visto:

Si autorizza la richiesta, che sarà ratificata dal Collegio dei Docenti.

Visto del Coordinatore del Dottorato, Prof./Prof.ssa: _____

Richiesta Ratificata dal Collegio dei Docenti in data: _____