UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Apporre Marca da bollo del valore vigente

# DOMANDA DI RICOGNIZIONE DELLA QUALITA' DI STUDENTE

**Al Magnifico Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano**

__l___ sottoscritt_____

Matricola n. |_|_|_|_|_|_|_|_| C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nat__ a _____ il ___/___/___/

residente a _____ prov._____

in _____ c.a.p _____ tel _____

cell_____ della Facoltà di_____ Corso di laurea

in_____

## CHIEDE

la **RICOGNIZIONE DELLA QUALITA' DI STUDENTE** per i seguenti Anni Accademici e si impegna a versare le relative tasse all'Università Cattolica del Sacro Cuore

☐ **Chiede di poter usufruire degli appelli d'esame della sessione straordinaria (Gennaio/Febbraio)**

**A.A. _____F.C.** ☐ **A.A. _____F.C.** ☐

**A.A. _____F.C.** ☐ **A.A. _____F.C.** ☐

**A.A. _____F.C.** ☐ **A.A. _____F.C.** ☐

**A.A. _____F.C.** ☐ **A.A. _____F.C.** ☐

**A.A. _____F.C.** ☐ **A.A. _____F.C.** ☐

**per i seguenti motivi**:

☐ esercitare i diritti derivanti dall'iscrizione (ripresa attiva degli studi universitari)
☐ passaggio ad altro corso di studio dell'Università Cattolica del Sacro Cuore
☐ trasferimento ad altro Ateneo

## PRENDE ATTO CHE

IN CASO DI RIPRESA DEGLI STUDI, QUALORA ALLA RICHIESTA DI RICOGNIZIONE NON SEGUA IL RINNOVO DI ISCRIZIONE AL NUOVO ANNO ACCADEMICO, LA RICOGNIZIONE STESSA NON POTRA' ESSERE ATTIVATA.

Data _____ Firma _____