

MODULO PER LA RICHIESTA DI RILASCIO DELLA LABEL DI DOCTOR EUROPÆUS

dottorati@amm.units.it

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Trieste

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

iscritto per l'a.a. _____ al dottorato di ricerca in _____

all'anno di corso primo secondo terzo
ciclo

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura prevista per il rilascio della certificazione Doctor Europæus aggiuntiva al titolo di Dottore di Ricerca

DICHIARA

- di aver preso visione [dell'articolo 33](#) del "Regolamento in materia di Dottorato di Ricerca" approvato con D.R. 09/09/2024 e di essere a conoscenza degli adempimenti obbligatori per il rilascio della certificazione, di seguito elencati:
- di di aver trascorso prevedere di trascorrere entro il terzo anno di frequenza del dottorato e prima dell'ammissione all'esame finale, almeno tre mesi continuativi di ricerca finalizzati alla preparazione della tesi presso l'Università o l'Ente di ricerca di un paese europeo di seguito indicata: _____

Link della home page dell'Istituzione _____

- di avere ottenuto parere favorevole all'accordo dal Collegio dei Docenti nella seduta del _____ ;
- di essere a conoscenza di dover presentare all'Ufficio Dottorati idonea certificazione del periodo di frequenza all'estero;

(località) _____, (data) _____

FIRMA DELL'INTERESSATO

VISTO SI APPROVA	
IL SUPERVISORE (Prof.:) 	IL COORDINATORE (Prof.:)