

## MODULO RICHIESTA PROROGA

(da presentare entro i termini della durata legale del corso)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Trieste  
P.le Europa, 1 - 34127 – TRIESTE  
Servizi alla Ricerca e terza missione – Ufficio Dottorati di ricerca  
[dottorati@amm.units.it](mailto:dottorati@amm.units.it)

marca da  
bollo  
16,00

## Il/La sottoscritto/a dottorando/a

Cognome

Nome

regolarmente iscritto/a al terzo anno di Corsi di Dottorato di ricerca in

ciclo

## CHIEDE

di poter fruire della proroga dei termini della consegna della tesi per numero di \_\_\_\_\_ mesi (indicare min 6 max 12 mesi) ai sensi [dall'art. 21, comma 1, del Regolamento in materia di Dottorato di Ricerca](#), per comprovati motivi tra quelli previsti:

(barrare la motivazione)

I casi previsti sono:

- gravi motivi di famiglia;  
 motivi lavorativi (periodi di prova, nel limite previsto dal contratto di lavoro);  
 nel caso di dipendenti delle imprese o degli enti convenzionati o nel caso di apprendistato, per esigenze motivate dell'ente stesso;  
 nei casi di cui [all'art. 32 comma 7 del Regolamento in materia di Dottorato di Ricerca](#)

**Dichiara** altresì di essere a conoscenza di dover presentare la relazione triennale al Collegio dei docenti nei termini previsti dal Corso stesso e che sarà ammesso/a a sostenere l'esame finale alla prima sessione utile prevista dal Manifesto sull'esame finale e che la concessione della proroga in oggetto non comporta alcun onere di carattere economico per l'Università.

Tale proroga **si riferisce ai soli tempi di presentazione della tesi**, non è prevista in nessun caso una proroga della frequenza al Corso di Dottorato, quindi, non sarà necessario il pagamento di tassa e/o contributo; altresì non verrà prorogata eventuale borsa di dottorato.

In data \_\_\_\_\_ il Collegio dei docenti si è espresso positivamente in merito a suddetta richiesta.

LUOGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

giorno

mese

anno

LUOGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

giorno

mese

anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO/A

FIRMA DIGITALE/AUTOGRAFA DEL SUPERVISORE

(non si accetta come firma il copia/incolla di un'immagine)