



15

DOMANDA DI
RICOGNIZIONE
Mod. SS/7

12/2020

Marca da
bollo
€ 16,00

*Al Magnifico Rettore dell'Università
degli Studi del Sannio*

MATRICOLA

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ domiciliato/a a _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____ tel. _____
cellulare _____ matricola _____ iscritto/a al Corso di
diploma/laurea/laurea specialistica in _____ curriculum/indirizzo
_____ della Struttura didattica
_____ di codesto Ateneo

CHIEDE

di poter ricongiungere la propria carriera universitaria relativa al suddetto corso di studio dopo un periodo di interruzione relativo ai seguenti anni accademici (*almeno due*) _____ per i quali viene corrisposta la relativa tassa di ricognizione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che per gli anni accademici per i quali la ricongiunzione viene richiesta non è possibile compiere atti di carriera scolastica.

Allega alla presente istanza le ricevute dei prescritti versamenti.

Benevento, _____

Firma*

* La presente istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.