



**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA**

Il/La sottoscritto/a ..... Matricola.....

Nato/a a ..... il .....

residente a ..... Prov ..... C.A.P.....

Via ..... Cell.....

Indirizzo mail privato .....

iscritto/a presso questa Università al corso di laurea/laurea magistrale in:

.....

**TRASFERIMENTO ad altra Università**

CHIEDE

di essere trasferito presso l'Università di ..... per proseguire  
gli studi nel corso di laurea/laurea magistrale in:

.....

DICHIARA

che sono stati verbalizzati tutti gli esami da me finora sostenuti.

di seguito gli esami non ancora verbalizzati:

.....

.....

.....

Allega il tesserino/libretto universitario e, in caso di trasferimento ad un corso ad accesso programmato, copia del nulla osta rilasciato dall'Ateneo di destinazione.

Verona, .....

.....  
(firma non autenticata)



**SOSPENSIONE DEGLI STUDI**

DICHIARA

di voler sospendere gli studi per il seguente motivo:

iscrizione a un corso di dottorato di ricerca, di una scuola di specializzazione o di un master universitario in \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_

infermità grave e prolungata debitamente certificata (\*)

gravidanza (\*\*)

Iscrizione a un percorso formativo per l'insegnamento nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria oppure per l'insegnamento nella scuola secondaria di primo e secondo grado oppure per l'insegnamento delle discipline artistiche, musicali e coreutiche della scuola secondaria di primo grado e di secondo grado: (specificare quale) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verona, .....

.....

(firma non autenticata)

**NB: Le sospensioni inferiori a sei mesi comportano comunque il pagamento della intera contribuzione prevista.**

**Se la sospensione è superiore a sei mesi, lo studente può riprendere gli studi pagando, per ogni anno accademico di sospensione, un contributo fisso di ricognizione, oltre alla prima rata dell'anno accademico in corso.**

(\*) Il certificato dovrà essere rilasciato dal medico di base e riportare il periodo necessario per tornare nelle condizioni di frequentare le lezioni (prognosi), senza alcuna informazione in merito alle cause della infermità o sullo stato di salute (diagnosi).

(\*\*) Allegare certificato di gravidanza con data presunta del parto, senza alcuna informazione in merito allo stato di salute.



**RIPRESA DEGLI STUDI**

DICHIARA

di voler riprendere gli studi universitari precedentemente sospesi.

Verona, .....

.....  
(firma non autenticata)

**RICONOSCIMENTO CREDITI DA CARRIERA UNIVERSITARIA PREGRESSA**

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti da carriera pregressa

chiusa per conseguimento titolo

chiusa per rinuncia

ai fini dell'abbreviazione di corso.

Allega autocertificazione, con copia di un documento di identità, degli esami sostenuti con indicazione: dei settori scientifici disciplinari (SSD), del voto, della data di verbalizzazione e dei relativi crediti formativi (CFU), nonché del titolo di studio universitario se conseguito.

La richiesta comporta il pagamento di un contributo fisso pari a 200,00 euro.

Verona, .....

.....  
(firma non autenticata)

**Il presente modulo può essere:**

**inviato** da indirizzo di posta istituzionale [nome.cognome@studenti.ateneo.univr.it](mailto:nome.cognome@studenti.ateneo.univr.it) o da e-mail personale con copia di documento di identità allegato a:

[ufficio.protocollo@pec.univr.it](mailto:ufficio.protocollo@pec.univr.it) - all'attenzione della U.O. didattica e studenti Scienze motorie

La marca da bollo virtuale da pagare tramite PagoPA sarà caricata in Esse3 al ricevimento del modulo;

- **spedito** (con apposta la marca da bollo) e copia di un documento di identità (fronte/retro) valido, a mezzo posta raccomandata a:

Università degli Studi di Verona - Ufficio Protocollo - Via dell'Artigliere n. 8 - 37129 Verona  
all'attenzione della U.O. didattica e studenti Scienze motorie