**ALLEGATO A**

**RICHIESTA RECUPERO FREQUENZE LEZIONI FRONTALI**

Al Presidente del

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_ anno, canale didattico \_\_\_\_ del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia con matricola nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter recuperare n. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di frequenza delle lezioni relative all’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolte dal docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Di aver maturato un numero di assenze superiore al limite massimo consentito per la seguente documentata motivazione:**

**A**. Studente che ha ottenuto il riconoscimento dello status di studente art. 30

**B**. Studente in mobilità internazionale *(Erasmus, SISM, altri scambi autorizzati dal CdL)*

**C**. Studente affetto da patologie acute (incluso il covid-19) che impediscono la frequenza

**D.** Studente affetto da patologie croniche invalidanti che impediscono la frequenza

**E.** Studente sottoposto a terapie mediche e/o interventi chirurgici che impediscono la frequenza

**F.** Studente che ricopre incarichi istituzionali in seno all’Ateneo

*Barrare l’opzione di riferimento.*

Luogo, data Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_