**ALLEGATO A**

**RICHIESTA RECUPERO FREQUENZE LEZIONI**

**SEMESTRE FILTRO**

Al Presidente del

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a al semestre filtro per l’a.a. 2025-26, canale didattico \_\_\_\_

**CHIEDE**

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

**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 affetto da patologie acute che impediscono la frequenza

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

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

 frequenza

*Barrare l’opzione di riferimento.*

Luogo, data Firma

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