**ALLEGATO A**

**RICHIESTA RECUPERO FREQUENZE LEZIONI FRONTALI**

 Al Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e P.D.

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

Iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_ anno, del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e P.D. con matricola nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter recuperare le frequenze 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 ex art. 27

**B**. Studente in mobilità internazionale *(Erasmus)*

**C**. Studente affetto da patologie acute e/o infettive (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

*Barrare l’opzione di riferimento.*

Luogo, data Firma

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