



UNIVERSITÀ
degli STUDI
di CATANIA

**RICHIESTA RECUPERO FREQUENZE LEZIONI
SEMESTRE FILTRO**

Al Presidente del
Corso di Laurea in
Odontoiatria e Protesi dentaria

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
