

**AL COORDINATORE DEL COLLEGIO
DEL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA**

**All'Ufficio Dottorati di Ateneo (dottorato@unistrasi.it)
All'Ufficio postlaurea (postlaurea@unistrasi.it)**

RICHIESTA DI ATTRIBUZIONE DEL LABEL AGGIUNTIVO DI “DOCTOR EUROPAEUS”

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome _____

nato/a a _____ prov. (____) Stato _____ il _____ iscritto/a

al Corso di dottorato di ricerca in _____

ciclo _____

CHIEDE¹

di essere ammesso_ alla procedura prevista per il conseguimento della certificazione aggiuntiva di Doctor Europæus unitamente al titolo di Dottore di Ricerca.

A tal fine, dichiara di aver svolto, presso l'Università Europea/Centro di ricerca europeo di

_____ dal

_____ al _____, un periodo di studio, di almeno tre mesi, finalizzato alla

preparazione della tesi di dottorato, dal

titolo: _____

_____ S.S.D. _____ sotto la supervisione del

Prof./Dott. _____

Distinti saluti.

Luogo e data

Il/la Richiedente

¹ La certificazione aggiuntiva di “Doctor Europæus” potrà essere rilasciata dall'Ateneo, su delibera del Collegio dei Docenti, a condizione che sussistano le condizioni previste dalla European University Association