

DOMANDA DI RINUNCIA AGLI STUDI

Marca da
bollo da
€ 16,00

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
Segreteria Studenti della Scuola di

FIRENZE

(gli indirizzi delle Segreterie studenti sono reperibili sul sito www.unifi.it)

--	--	--	--	--	--	--	--

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale | |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

- **cognome e nome** | _____ |

sesto M F nato/a il |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| a | _____ |

prov. |_|_| nazione di nascita | _____ | cittadinanza | _____ |

- **residente** in via/piazza | _____ | n. | _____ |

comune | _____ | prov. |_|_| C.A.P. |_|_| |_|_| |_|_|

tel./cell | _____ | e-mail | _____ |

DICHIARA DI VOLER RINUNCIARE AL PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI

intrapresi presso codesta Università alla Scuola di Specializzazione di Area Medica a.a. 2018/2019
(Concorso SSM 2019)

DICHIARA, INOLTRE

di essere a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile e comporta la caducazione dell'iscrizione, dei corsi seguiti e degli esami superati, nonché l'impossibilità di invocare i benefici connessi con il precedente stato giuridico abbandonato e giuridicamente inefficace in caso di nuova iscrizione allo stesso o altro corso di laurea o diploma in codesta Università o altro Ateneo.

Allegati

ricevuta onere amministrativo 100 euro

(effettuato su bollettino di **c/c postale** sul conto n. **5504**, intestato a: **Università degli Studi di Firenze**

causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Rinuncia Scuole di Specializzazione 2018/2019"**;
oppure mediante **bonifico bancario** sul c/c n. 000041126939 intestato all'Università degli studi di Firenze, presso la Banca UNICREDIT SpA, via Vecchietti, 11, 50123, Firenze - Codice **IBAN IT88A0200802837000041126939** - Codice BIC/SWIFT UNCRITM1F86, causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Rinuncia Scuole di Specializzazione 2018/2019"** .)

copia di un documento di identità in corso di validità

.....
(data)

.....
(firma)