

MODULO DI RINUNCIA AGLI STUDI

Marca da
bollo da
€ 16

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
c/o Post-Laurea - Didattica Integrata con SSU e
SSR - N.I.C. Pad.3 - Largo Brambilla 3, 50134
Firenze

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

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e Nome | _____ |
 codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | nato/a il | | | | | | | | | | a _____
 _____ prov. | | | | e residente in _____
 prov. | | | | via/piazza _____ |
 telefono | _____ | cellulare | _____ |

DICHIARA DI VOLER RIUNCIARE AL PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI

intrapresi presso codesta Università al corso Master : _____

livello _____ SEDE _____

della Facoltà _____

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

libretto universitario

copia documento di identità (da allegare nel caso la rinuncia venga inviata per posta)

.....
(data)

.....
(firma)

Estremi del documento di identificazione: _____

L'addetto all' accettazione