

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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 sesso ☒ 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. 2024/2025
(Concorso SSM25) |

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 Pagamento Onere Amministrativo 100 euro**

(Mediante Pagamento PagoPA - Regione Toscana, seguendo i seguenti passaggi:

- Accedere al sito: <https://iris.rete.toscana.it/public/elencoEnti.jsf>
- Sezionare l'Ente: **Università' degli Studi di Firenze**
- Selezionare: **050001 Amministrazione Centrale**
- Riempire i campi richiesti, utilizzando come CAUSALE OBBLIGATORIA **Onere Amministrativo Rinuncia Scuole di specializzazione A.A. 2024/2025.**)

**Copia di un documento di identità in corso di validità.**

.....

(data)

.....

(firma)