MOD. RN_01

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. 2020/2021 (Concorso SSM 2021)

|_____

_____|

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: **Universita' degli Studi di Firenze**
- Selezionare: **050001 Amministrazione Centrale**
- Riempire i campi richiesti, utilizzando come CAUSALE OBBLIGATORIA **Onere Amministrativo Rinuncia Scuole di Specializzazione A.A. 2020/2021.**

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

....

(data) *(firma)*

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196