

AL MAGNIFICO RETTORE

FIRENZE

Marca da
bollo da
€ 16,00

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

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A[illegible]

- 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 Sanitaria

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

 copia di un documento di Identità in corso di validità;

 **ricevuta di pagamento dell'onere amministrativo di 100 euro**

(effettuato su bollettino **c/c postale** sul conto n. **5504**, intestato a: **Università degli Studi di Firenze** - causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Rinuncia Scuole di Specializzazione"**);

oppure mediante **bonifico bancario** sul c/c n. 000041126939 intestato all'Università degli Studi di Firenze – Banca UNICREDIT Spa, Via Vecchietti n. 11 - 50123 Firenze – Codice **IBAN IT88A0200802837000041126939** – Codice BIC/SWIFT UNCRITM1F86 – Causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Rinuncia Scuole di Specializzazione".**)

(data)

(firma)