



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Supporto Trasversale Dipartimenti Cona
e Segreteria delle Scuole di Specializzazione

Meta Struttura Medico – Chimica

MATRICOLA:

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

Marca da bollo €. 16,00

RINUNCIA AGLI STUDI

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi di Ferrara

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. _____

nata/o a _____ (____) il giorno ____ / ____ / ____

iscritta/o presso questo Ateneo per l'anno accademico ____/____ al ____ anno

di corso della Scuola di Specializzazione in _____

DICHIARA

di voler rinunciare definitivamente alla suddetta iscrizione. A tal fine si impegna a riconsegnare, qualora in suo possesso:

- BADGE
- CHIAVE ARMADIETTO
- LIBRETTO DI FORMAZIONE
-

DICHIARA INOLTRE

di essere in regola con il pagamento delle tasse universitarie

Oppure

di non essere in regola con il pagamento delle tasse universitarie e di impegnarsi a versare quanto dovuto. La rinuncia sarà efficace dal momento della regolarizzazione dei pagamenti.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità.

Ferrara _____

(FIRMA DELLO STUDENTE)