



AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITÀ' DEGLI STUDI
DI BARI ALDO MORO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A IL ____/____/____ A _____
RESIDENTE IN _____ (____)
VIA _____ N. _____ TEL. _____
CELL. _____ ISCRITTO/A AL ____ ANNO DELLA SCUOLA
DI SPECIALIZZAZIONE IN _____
Matr.(Esse3) _____ PER L'A.A. ____/____,

DICHIARA

DI RINUNCIARE DEFINITIVAMENTE AL PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI,
CONSAPEVOLE CHE TUTTA LA CARRIERA SCOLASTICA SIN D'ORA PERCORSA
SARA' ANNULLATA.

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE, A SEGUITO DI TALE
RINUNCIA, NON AVRA' DIRITTO AL RIMBORSO DI ALCUNA TASSA
SCOLASTICA.

BARI, ____/____/____

IN FEDE

N.B. specificare ultimo giorno di formazione specialistica _____
(per gli specializzandi di Area medica)

Allegati:
copia documento d'identità
badge (per gli specializzandi di Area medica)