



AL MAGNIFICO RETTORE  
UNIVERSITA' 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)