



**RINUNCIA PER IMMATRICOLAZIONE AD ALTRA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DIVERSA
DALL'UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE, NELL'AMBITO DELLA SESSIONE
STRAORDINARIA DI RECUPERO DEI POSTI DI CUI ALL'ART. 10 DEL BANDO DI
AMMISSIONE ALLE SSM 2020/2021**

MATRICOLA

Il/La sottoscritto/a con la presente istanza dichiara in modo espresso e definitivo di rinunciare all'immatricolazione presso l'Università Politecnica delle Marche per assegnazione ad una scuola di specializzazione di altro Ateneo, nell'ambito della sessione straordinaria di recupero dei posti di cui all'art. 10 del bando di ammissione alle SSM 2020/2021.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di essere nato/a il a stato di nascita, come del resto attestato dalla copia del seguente documento di identità..... n..... rilasciato da..... in data.....;
- di essere iscritto/a alanno per l' a.a. alla Scuola di Specializzazione in.....;

- di essere a conoscenza che la rinuncia in oggetto è irrevocabile;

CHIEDE

pertanto la cancellazione dal proprio status di studente presso l'Università Politecnica delle Marche

DATA,

FIRMA*

VISTO
IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Scuola di Spec.ne in: _____

Il/la dott./dott.ssa _____

Avendo presentato richiesta in data _____

HA RINUNCIATO AGLI STUDI.

Ancona, _____

IL RESPONSABILE
UFFICIO POSTLAUREA AREA MEDICA

* La domanda sottoscritta con allegata fotocopia documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28/12/2000 n.445). dovrà essere inviata per email al seguente indirizzo scuole-master.medicina@univpm.it, allegare fotocopia documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28/12/2000 n.445).



RICHIESTA DI RIMBORSO

Il sottoscritto _____ Matr. _____
nato a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____
via _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

a seguito di RINUNCIA PER IMMATRICOLAZIONE AD ALTRA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DIVERSA DALL'UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE, NELL'AMBITO DELLA SESSIONE STRAORDINARIA DI RECUPERO DEI POSTI DI CUI ALL'ART. 10 DEL BANDO DI AMMISSIONE ALLE SSM 2020/2021

CHIEDE

il rimborso della somma, relativa al versamento delle tasse e/o contributi per l'A.A.

IMPORTO DA RIMBORSARE <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> (al netto dell'eventuale imposta di bollo)
--

Si allega la relativa ricevuta.

In caso di accoglimento della presente istanza, si prega di provvedere al pagamento della somma tramite:

accredito in c/c bancario n. _____ *presso la banca*
 con iban

accredito su carta prepagata n. _____ *presso la banca*
 con iban

IBAN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>																												

intestato a _____

C.F. dell'intestatario del c/c bancario o della carta prepagata _____

Ancona, _____

FIRMA
