



**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 2021/2022**

MATRICOLA

Il/La sottoscritto/a con la presente istanza dichiara in modo
espreso e definitivo di rinunciare all'immatricolazione presso l'Università Politecnica delle Marche per assegnazione ad altra
scuola di specializzazione _____
di altro Ateneo _____

obbligatorio indicare la scuola e l'Ateneo di destinazione

nell'ambito della sessione straordinaria di recupero dei posti di cui all'art. 10 del bando di ammissione alle SSM 2021/2022.

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).



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____ prov. ____

cell. _____ e-mail _____ a seguito di rinuncia al seguente corso presso dell'Università

Politecnica delle Marche:

Scuola di Specializzazione in: _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di fatti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di essere immatricolato/a in data _____ alla Scuola di specializzazione in:

presso il seguente Ateneo _____

Dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi del D.lgs 196/2003, così come modificato dal D. lgs. 101/2018, nonché dal GDPR – Regolamento UE 679/2016. Allegare fotocopia di un documento d'identità in caso di spedizione della presente dichiarazione.

DATA _____

FIRMA _____