



**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 2019/2020**

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 2019/2020.

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

FIRMA*

DATA,

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).*

