



**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 2022/2023**

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 2022/2023.

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 al ....anno 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\*

.....

**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

VISTO  
IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....

\* 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).





**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. \_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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 alla data del \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_