



Tutte le Facoltà / Istituti / Cicli di studio

MODULO DI RINUNCIA AGLI STUDI

Il/La sottoscritto/a _____ Matr. _____
nato/a a _____ Nazione _____ (Prov. _____)
il _____ residente a _____ Prov. _____
in via _____ CAP _____ Tel. _____
cellulare _____ e-mail _____
(scrivere in stampatello)
regolarmente iscritto/a per l'Anno Accademico 20____/20____ al _____ anno
del Ciclo di _____ nella Facoltà di _____

CHIEDE

La rinuncia degli studi per il seguente motivo:

Il ritiro dei documenti originali depositati all'atto dell'iscrizione (ove presenti).

Laterano, _____

Firma Studente

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA ACCADEMICA

La posizione dello/a studente/ssa è stata verificata in data: _____

Restituzione documentazione originale

(Timbro e firma)

PARTE RISERVATA AL DECANO/PRESIDE

Laterano, _____

(Firma)

PARTE RISERVATA AL SEGRETARIO GENERALE

Il Segretario Generale in data _____

concede

non concede

la rinuncia degli studi.

Eventuali annotazioni: _____

Laterano, _____
(Firma)