



Università degli Studi di Trieste
Ufficio Post Lauream

RINUNCIA AGLI STUDI

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI TRIESTE

Marca
da bollo
secondo
valore
vigente

Il sottoscritto _____ Matr. _____
nato a _____ il giorno _____
domiciliato a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ N. _____ Tel. _____
- già iscritto presso questa Università alla Scuola di Specializzazione in _____
per l'a.a. _____

D I C H I A R A

di voler rinunciare agli studi intrapresi essendo a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile e che comporta l'estinzione della carriera percorsa.

(Solo per specializzandi medici con contratto) Dichiaro, che l'ultimo giorno di servizio effettivamente prestato è stato il __/__/____

Trieste,

(firma dell'interessato)*

Estremi del documento di riconoscimento _____

* La firma deve essere apposta davanti all'impiegato ricevente. Qualora la domanda venga spedita per posta o presentata da terzi, allegare fotocopia del documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28.12.00 n. 445).