



RINUNCIA AGLI STUDI

Bollo
€ 16.00

**Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Roma
Tor Vergata**

__l__ sottoscritt__

Cognome _____ Nome _____

Matricola _____

Nato/a a _____ (Prov) _____ il _____

Residente a _____ C.A.P. _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____

Tel. ____/____/____ Cell. ____/____/____ iscritt__ per l'anno accademico/.....

al seguente Corso post-lauream _____

DICHIARA

- ◇ **di avere preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali denominata "Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata"; di averne compreso il contenuto e di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa. L'informativa completa è disponibile al link <http://utov.it/s/privacy>.**
- ◇ **di rinunciare agli studi intrapresi e di essere a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile**

Roma, _____

Firma _____
(leggibile e per esteso)