



Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Direzione I – Divisione 2
Rip. 2 – Scuole di specializzazione area sanitaria
(Modulo 11)

RINUNCIA AGLI STUDI

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Roma

N. matricola _____

"Tor Vergata"

S e d e

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ nato/a _____

(_____) il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ cellulare _____

iscritto/a al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____

decorrenza contratto /inizio attività didattica _____

dichiaro/a di essere in regola con le tasse e di voler rinunciare a decorrere dal giorno

_____ alla Scuola di Specializzazione in _____

_____ essendo a conoscenza che **tale rinuncia è irrevocabile** e che comporta

la risoluzione anticipata del contratto di formazione specialistica (art. 5 comma 1). Allegare copia

del documento di riconoscimento.

(firma da apporre davanti al funzionario che riceve la domanda)

Riservato alla Segreteria
...l... dott./ssa _____ ha consegnato in data _____

la domanda di rinuncia agli studi.

(firma e timbro)

Roma, _____