

All'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Ufficio Master, Dottorati e corsi specializzanti

Applicare marca da
bollo da € 16,00

Il sottoscritto/a

iscritto per l'anno accademico _____ / _____ al _____ anno di corso del master universitario
in

DICHIARA

in data odierna di rinunciare irrevocabilmente all'iscrizione per il suddetto master universitario.

Il Dichiarante *

Roma, _____

Identificato mediante:

Carta d'identità/Passaporto/patente n. _____ rilasciat.... da _____

(Comune, Questura, MTCT)

di _____ il _____

L'Addetto allo Sportello

* da sottoscrivere alla presenza dell'Addetto allo Sportello.