

Il/La sottoscritto/a

iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

in data odierna di rinunciare irrevocabilmente all'iscrizione per la suddetta scuola di specializzazione.

Dichiara inoltre di essere consapevole di quanto sottoscritto al comma 5 dell'art. 1 del contratto di formazione specialistica di cui è titolare.

La dichiarazione di rinuncia sottoscritta non è revocabile e produce l'immediata esclusione dalla Scuola e la risoluzione del contratto per il medico in formazione specialistica. Lo specializzando escluso dalla Scuola è tenuto alla restituzione delle somme eventualmente percepite, che siano riferibili al periodo successivo alla rinuncia.

Il Dichiarante \*

Roma, \_\_\_\_\_

Identificato mediante:

Carta d'identità/Passaporto/patente n \_\_\_\_\_ rilasciat... da \_\_\_\_\_

(Comune, Questura, MTCT)

di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

L'Addetto allo Sportello

Ricevuta per lo studente

...l... sig. \_\_\_\_\_ matricola numero \_\_\_\_\_

In data odierna ha presentato domanda di rinuncia agli studi

Timbro e data \_\_\_\_\_