UNIVERSITÀ di VERONA | Direzione DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

COMUNICAZIONE RINUNCIA PER RIASSEGNAZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA IN ALTRO ATENEO

Il/La Sottoscritto/a _____ matricola: _____

nato/a a _____ il _____ cell. _____

e-mail _____, immatricolato/a per l'A.A. 2025/2026 al **I° anno** di corso

della scuola di specializzazione in _____

COMUNICA

Di aver rinunciato alla suddetta Scuola in data _____ a seguito di riassegnazione su altro Ateneo e di essersi immatricolato/a presso l'Università _____

nella scuola di specializzazione in _____

CHIEDE

Che la somma del contributo di immatricolazione versato all'Università di Verona, in ottemperanza a quanto disposto dal bando di concorso emanato dal MUR con Decreto Direttoriale n. 77 del 21/05/2026 (art. 10 comma 6), venga accreditato sul seguente conto corrente:

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)
Credit on bank current account- **(ATTENZIONE > indicare solo Conto Corrente di cui si è**

TITOLARE o COINTESTATARIO.....

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)
|__|__|	|__|__|	|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BANCA _____ CITTÀ _____

AGENZIA O FILIALE DI _____

Verona, _____

Firma

_____

In allegato: fotocopia documento di identità.