UNIVERSITÀ di VERONA | Direzione DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

COMUNICAZIONE RINUNCIA PER RIASSEGNAZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA NELLO STESSO 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 rinunciare alla suddetta Scuola in data _____ a seguito di riassegnazione nello stesso Ateneo nella scuola di specializzazione in _____

CHIEDE

Che la prima rata versata per l'immatricolazione alla scuola di specializzazione in _____ venga ritenuto valido per la scuola di specializzazione in _____ di nuova immatricolazione.

Verona, _____

Firma

_____

In allegato: fotocopia documento di identità.