UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

SEGRETERIA STUDENTI

Al Rettore dell' Università
Campus Bio Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21
00128 Roma

RINUNCIA AGLI STUDI

Il presente modulo compilato e sottoscritto deve essere consegnato o trasmesso alla Segreteria Studenti all'indirizzo: segreteria.studenti@postasicura.unicampus.it
unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità

Il sottoscritto

Cognome

Nome

Sesso (m/f)

Data di nascita: anno mese giorno

Luogo di nascita: (Comune) _____ (Prov.) _____

Cittadinanza_____Numero di matricola_____

iscritto al .....° anno del :

- ❒ Corso di Laurea in Infermieristica
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
- ❒ Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia
- ❒ Corso di Laurea in Fisioterapia
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
- ❒ Corso di Laurea in Ingegneria Industriale
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria Biomedica
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria Chimica per lo Sviluppo Sostenibile
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria dei Sistemi Intelligenti
- ❒ Corso di Laurea in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecnologie Alimentari e Food Design
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Medicine and Surgery
- ❒ Corso di Laurea Magistrale in Medicine and Surgery "MedTech"
- ❒ Corso di Laurea in Biomedical Engineering

DICHIARA

- di voler rinunciare agli studi universitari
- di essere consapevole che tale rinuncia è irrevocabile
- di non avere libri o altro materiale in prestito di prorietà dell'Ateneo

Roma, ... IN FEDE

_____