UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

SEGRETERIA STUDENTI

Apporre una
Marca da Bollo
Da 16,00€

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

_____