UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

SEGRETERIA STUDENTI

16,00€
Revenue Stamp
(Marca da Bollo)

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

WITHDRAWAL FROM STUDIES

The completed and signed form must be hand-delivered or sent to segreteria.studenti@postasicura.unicampus.it
accompanied by a copy of a valid identification document.

The undersigned

Surname

Name

Sex (m/f)

Date of birth: year month day

Place of birth: _____

Citizenship_____ Matricola number _____

Enrolled in the .....year of:

- ☐ Master's Degree Programme in Medicine and Surgery
- ☐ Master's Degree Programme in Medicine and Surgery "MedTech"
- ☐ Degree Programme in Biomedical Engineering
- ☐ Corso di Laurea in Infermieristica
- ☐ 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

HEREBY DECLARES

- to irrevocably withdraw from previously undertaken university studies
- to be aware that this withdrawal is final and cannot be reversed
- to confirm that no books or other materials owned by the University are currently on loan

(Place and Date).....

Signature

_____