UNIVERSITA'
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 inviato 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 in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia
- ☐ Corso di Laurea in Fisioterapia
- ☐ Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia
- ☐ Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicine and Surgery
- ☐ Corso di Laurea in Ingegneria Industriale
- ☐ Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria Biomedica
- ☐ Corso di Laurea Magistrale in Ingegmeria Chimica per lo Sviluppo Sostenibile
- ☐ Corso di Laurea Magistrale in Ingegmeria 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 Gestione di Filiera

DICHIARA

- di voler rinunciare agli studi universitari;
- di essere consapevole che tale rinuncia è irrevocabile.

Roma,.....

IN FEDE

_____