



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Marca da bollo
secondo le vigenti
disposizioni di legge

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

RINUNCIA

N. matricola _____

____ I __ sottoscritt _____
Cognome Nome

nat__ a _____ Prov. _____ il _____

Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | Cell. | | | | | | | | | | | | | | | |

preimmatricolato, per l'a.a. 2014/2015, al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

DICHIARA

di non voler perfezionare l'immatricolazione e di rinunciare pertanto al diritto acquisito nella graduatoria di merito prevista dal D.M. n. 85/2014

Dichiara di essere consapevole che la condizione di vincitore si riferisce alla sola procedura selettiva relativa all'a.a. 2014/15 e che da essa non scaturisce alcun diritto in relazione all'accesso al suddetto Corso in anni successivi a quello per il quale ha sostenuto la prova.

_____, _____
Luogo e data

Firma leggibile