Rinuncia agli studi

Numero di Matricola_____ (obbligatoria)

Al Presidente
dell'Accademia di Medicina Osteopatica
"Alessandro IV"
e.p.c.
al Direttore didattico-scientifico

Il/La sottoscritt_ _____

nat _ a _____ (Prov. _____) il _____ e

residente in _____Prov. (_____)

via/piazza _____ Tel._____

DICHIARA

in modo esplicito di RINUNCIARE agli studi intrapresi presso codesta Accademia. Dichiara altresì di essere a conoscenza che la Rinuncia è irrevocabile e che, pertanto, non potrà far valere, in avvenire, alcun diritto connesso con la precedente iscrizione estinta per effetto del presente atto.

Luogo e data _____ Firma_____

N.B. - Allegare copia di un documento in corso di validità