



ANNO ACCADEMICO 2023/2024

**COMUNICAZIONE RINUNCIA PER RIASSEGNAZIONE
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA
NELLO STESSO ATENEIO**

Il/La Sottoscritto/a _____ matricola: _____

nato/a a _____ il _____ cell. _____

e-mail _____, immatricolato/a per l'A.A. 2023/24 al I° **anno** di corso

della scuola di specializzazione in _____

COMUNICA

Di rinunciare alla suddetta Scuola in data _____ a seguito di riassegnazione nello stesso Ateneo nella scuola di specializzazione in _____

CHIEDE

Che la prima rata versata per l'immatricolazione alla scuola di specializzazione in _____ venga ritenuto valido per la scuola di specializzazione in _____ di nuova immatricolazione.

Verona, _____

Firma

In allegato: fotocopia documento di identità.