



ANNO ACCADEMICO 2023/2024

**COMUNICAZIONE RINUNCIA PER RIASSEGNAZIONE
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA
IN ALTRO 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 aver rinunciato alla suddetta Scuola in data _____ a seguito di riassegnazione su altro
Ateneo e di essersi immatricolato/a presso l'Università _____
nella scuola di specializzazione in _____

CHIEDE

Che la somma del contributo di immatricolazione versato all'Università di Verona, in ottemperanza
a quanto disposto dal bando di concorso emanato dal MUR con Decreto Direttoriale n. 678 del
24/05/2024 (art. 10 comma 6), venga accreditato sul seguente conto corrente:

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)

Credit on bank current account- **(ATTENZIONE > indicare solo Conto Corrente di cui si è**

TITOLARE o COINTESTATARIO

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)

BANCA _____ CITTÀ _____

AGENZIA O FILIALE DI _____

Verona, _____

Firma

In allegato: fotocopia documento di identità.