

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi Link Campus University

Il/la sottoscritto/a _____

Numero di matricola _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____ telefono _____

Luogo di nascita _____

Iscritto al corso di Studi _____

Dipartimento di _____

dichiara espressamente di voler rinunciare agli studi intrapresi essendo a conoscenza che tale rinuncia al Corso è irrevocabile e che comporta l'estinzione della relativa carriera scolastica universitaria.

Roma, li _____

Firma dell'interessato _____

Dati dello studente o del delegato, in caso di delega allegare anche il mod. delega

N. documento di identità _____

Rilasciato da _____ in data ____/____/____

Ricevuta per lo studente

...l... sig. _____ matricola numero _____

in data odierna ha presentato domanda di rinuncia agli studi

data _____ firma dell'addetto di Segreteria _____

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi Link (codice in materia di dati personali D.Lgs 196/2003)