



SCUOLA UNIVERSITARIA PRIVATA A DISTANZA
PRIVATE FERNHOCHSCHULE SEIT 1987

RINUNCIA AGLI STUDI

__ sottoscritt_ (Cognome) _____ (Nome) _____

Matricola numero _____ nat_ a _____ (Provincia _____)

il _____, domiciliato in Via _____

CAP _____ Città _____ (Provincia _____)

Tel _____ Cell _____ e-mail _____

iscritt __ all'Anno Accademico 20____/20____

alla Facoltà di _____

Corso di Laurea / Ph. D. in _____

Master in _____

DICHIARA

di rinunciare agli studi universitari intrapresi e dichiara altresì di essere a conoscenza che tale atto di rinuncia è irrevocabile ed estingue totalmente la precedente carriera universitaria.

Allega alla presente domanda attestazione di avvenuto pagamento di € 500 (euro cinquecento) per diritti di Segreteria

FIRMA DELLO STUDENTE

Zug (CH – Svizzera), il _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Visto dal Preside di Facoltà per l'approvazione _____