

**Al Magnifico Rettore
Università degli Studi
di Palermo**

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
ex ART. 10 D.D.G. MUR n. 647 del 22-05-2025.**

MATRICOLA N° _____

La/Il sottoscritta/o, _____
nata/o a _____ provincia di _____ il ___/___/___,
residente in _____ provincia di _____ via/P.zza
_____ n. _____, immatricolata/o per l'a. a. 2024/2025 alla
scuola di specializzazione in _____
_____ presso l'Università di _____,

DICHIARA

- Di avvalersi dell'art. 10 del D.D.G. MUR n. 647 del 22-05-2025 (Bando di concorso per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione dell'area medica per l'a. a. 2024/2025).
- Di rinunciare all'immatricolazione presso la suddetta scuola di specializzazione dal _____ con tipologia di posto (ministeriale, regionale o SSN) _____.
- Di aver richiesto la nuova immatricolazione, per l'a. a. 2024/2025, alla Scuola di Specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____, e al contempo,

CHIEDE

Di ricevere la restituzione del contributo di immatricolazione per l'a. a. 2024/2025, versato per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione in _____

_____ pertanto a tal fine ho provveduto ad effettuare una pratica di richiesta rimborso dal portale studenti UNIPA;

Di considerare il contributo di immatricolazione per l'a. a. 2024/2025, versato per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione in _____

_____ valido ai fini della nuova immatricolazione alla Scuola di Specializzazione in _____

Si allega:

1. Documento di riconoscimento.
2. Ricevuta di pagamento.

Palermo ___ / ___ / ___

Firma _____.

Da inviare a mail-protocollo@unipa.it