

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

DOMANDA DI RINUNCIA ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA.

MATRICOLA N° _____

Il/La sottoscritto/a, _____ nato/a a _____
provincia di _____ il ___/___/___, residente in _____
provincia di _____ via/P.zza _____ n. _____,
iscritto/a al ___ anno della scuola di specializzazione in _____
_____ presso l'Università di Palermo,

DICHIARA

- Di rinunciare irrevocabilmente alla frequenza della suddetta scuola di specializzazione dal _____, di essere consapevole che il contratto di formazione specialistica si intende risolto dalla stessa data e che la carriera scolastica percorsa fino ad oggi è priva di ogni efficacia.
- Di essere titolare di contratto di formazione specialistica ministeriale
- Di essere titolare di contratto di formazione specialistica regionale FSE:
AVVISO 06 AVVISO 13 AVVISO 23

e (SOLO PER I REGIONALI) di rinunciare agli studi per i seguenti motivi:

Si allega:

1. Documento di riconoscimento.
2. Ricevuta versamento € 16,00.

Palermo ___ / ___ / ___

Firma
