

Università degli Studi di Palermo SSP03		
Scuole di Specializzazione	RPA	UOR

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

Oggetto: Opzione riduzione anni di corso scuola di specializzazione prevista dal Decreto Interministeriale n. 68 del 04/02/2015

Il/L __ sottoscritto/a _____ nato/a a _____
provincia di _____ il ____ / ____ / ____, residente in _____
provincia di _____ via/P.zza _____ n _____
cellulare _____ e-mail _____ iscritto/a al ____ ANNO per l' a.a. 2013/2014
della Scuola di Specializzazione in _____
matricola _____ in relazione alla possibilità di esercitare il diritto di opzione per la
riduzione degli anni di corso prevista dal D.I. n. 68 del 04/02/2015 sul riordino delle scuole di
specializzazione,

DICHIARA

di OPTARE per la riduzione degli anni di corso e di esprimere formale accettazione delle transitorie modifiche dei programmi didattici che saranno ritenute previamente necessarie dai competenti Consigli di Scuola.

di NON INTENDERE OPTARE per la riduzione degli anni di corso e di essere consapevole di non poter differire ad altra data l'esercizio di opzione.

Data

Firma

Si allega copia documento di identità in corso di validità.