# 

# 

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a NOME …………………………….. COGNOME ……………………………..

nato/a a ……………………….. residente in ……………………via ………………………..…

codice fiscale n. ..………………………………………………………………………………….

**preso atto** del Decreto Rettorale di approvazione atti e della graduatoria di merito (D.R. n. 217, prot. 7583 del 31 gennaio 2024 del concorso di ammissione al Master Universitario di II livello in Tecnologie Farmaceutiche e Attività Regolatorie, attivato dal Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia dell’Università degli Studi di Sassari, per l’a.a. 2023/2024;

**DICHIARA**

di voler rinunciare alla immatricolazione al suddetto Master Universitario di II livello in Tecnologie Farmaceutiche e Attività Regolatorie, attivato dal Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia dell’Università degli Studi di Sassari, per l’a.a. 2023/2024;

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità/passaporto/patente in corso di valida