# 

# 

**DICHIARAZIONE PERSONALE**

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. 908/2024 del 26/03/2024) al Master Universitario di I livello denominato “Management delle lesioni cutanee e delle ferite difficili”, presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia di Ateneo per l’a.a. 2023/2024;

**DICHIARA**

di **voler rinunciare** all’immatricolazione al Master di I livello denominato “Management delle lesioni cutanee e delle ferite difficili”, presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia di Ateneo per l’a.a. 2023/2024.

Firma

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

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