# 

# 

**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. 3594/2024, prot. 122727 dell’11/11/2024) del concorso di ammissione al I anno della Scuola di Specializzazione in **Odontoiatria Pediatrica (Area sanitaria non medica)** afferente al 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 I anno della Scuola di specializzazione in **Odontoiatria Pediatrica (Area sanitaria non medica)** afferente al 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