# 

# 

**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. 3908, prot. 129638 del 3/12/2024) del concorso di ammissione al I anno al Master di II livello di durata annuale in Medicina Estetica presso il Dipartimento di Scienze Biomediche di Ateneo, per l’a.a. 2024/2025:

**DICHIARA**

di voler rinunciare all’immatricolazione con la presente alla immatricolazione al suddetto Master di II livello di durata annuale in Medicina Estetica presso il Dipartimento di Scienze Biomediche di Ateneo, per l’a.a. 2024/2025.

Firma

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

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