# 

# 

**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. 150, prot. 7960 del 29 gennaio 2025 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. 2024/2025;

**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. 2024/2025;

Firma

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

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