# 

# 

**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. 1200, prot. 40805 dell’8/04/2025) del concorso di ammissione al Master Universitario di II livello di durata annuale in “Riflessoterapia, fisiopatologia e clinica dell’agopuntura”, presso il Dipartimento di Scienze Biomediche di Ateneo, per l’a.a. 2024/2025:

**DICHIARA**

di voler rinunciare all’immatricolazione al Master Universitario di II livello di durata annuale in “Riflessoterapia, fisiopatologia e clinica dell’agopuntura”, 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