# 

# 

**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. 3413, prot. 119058 del 26/10/2023) del **concorso di ammissione al I anno delle Scuole di Specializzazione In Chirurgia Orale e Odontoiatria pediatrica** per l’a.a. 2022/2023, presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia di Ateneo;

**DICHIARA**

di voler rinunciare alla immatricolazione al I anno della Scuola di specializzazione in ................................................ per l’a.a. 2022/2023, presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia di Ateneo

Firma

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

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