



RINUNCIA AGLI STUDI

Corso _____
Matr. ____/____/_____
Rec. Tel. _____
e-mail _____

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
di Cagliari

____ I _____ sottoscritt _____ nat ____ a
_____ (_____) il _____, residente
a _____ C.A. P. _____ via _____
_____ n. _____, Tel. _____

DICHIARA

in modo esplicito di rinunciare agli studi intrapresi nel corso di studio in _____
_____ e, se consegnato in Segreteria Studenti,
chiede la restituzione del proprio diploma di maturità _____

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che tale rinuncia è **irrevocabile** e che, pertanto,
non potrà in avvenire far valere alcun diritto connesso con la precedente iscrizione estinta per
effetto della presente rinuncia.

Allega alla presente domanda il **libretto di iscrizione**.

In fede

Cagliari, _____

(firma leggibile)

Riservato all'Ufficio

Identificato mediante _____

Data _____

L'impiegato addetto _____

Il Responsabile della Segreteria Studenti
Giuseppe Casanova

In caso di mancata presentazione personale alla domanda deve essere allegata delega scritta e fotocopia di
un documento di identità valido.