



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI
Divisione Studenti

Marca da Bollo
vigente

AL MAGNIFICO RETTORE

.....I..... sottoscritt.....
cognome nome

nat..... a prov.

il / / e residente in prov.
GG. MM. AA.

via n° tel./cell.

già iscritto presso codesta Università al anno del corso di studi in

della Facoltà di per l'A.A. /, matr.....

DICHIARA

espressamente di voler rinunciare agli studi intrapresi.

CHIEDE

la restituzione del diploma originale/certificato sostitutivo di
depositato presso la Segreteria Studenti all'atto della prima immatricolazione.

Documento di riconoscimento n° Rilasciato da

ALLEGA ALLA PRESENTE IL PROPRIO LIBRETTO-TESSERA

Sassari, li
firma dello studente

**DICHIARO DI AVER RITIRATO IN DATA ODIERNA IL DIPLOMA ORIGINALE O CERTIFICATO
SOSTITUTIVO DI MATURITÀ**

Sassari, li
firma dello studente

DOMANDA DI RINUNCIA AGLI STUDI