

Istruzioni

Il presente modulo va compilato e inviato all'indirizzo mail amce@uniud.it, allegando una fotocopia di un valido documento di identità personale e specificando nell'oggetto della mail la tipologia della richiesta (esempio: iscrizione corsi singoli, prosecuzione studi, invio titoli per concorso di ammissione) e il corso di studi al quale ci si vuole iscrivere.

L'originale in formato cartaceo NON DEVE ESSERE SPEDITO a mezzo posta E NON DEVE ESSERE CONSEGNATO in Segreteria Studenti.

La domanda va compilata in ogni sua parte e firmata. Solo dopo avere applicato e annullato la marca da bollo apponendo una riga o una croce ben visibili, si deve scansionare il modulo, salvarlo in formato pdf e inviarlo per posta elettronica, assieme ad eventuali allegati, all'indirizzo amce@uniud.it.

Le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi delle vigenti leggi.

Il/la sottoscritt__ (cognome e nome) _____

dichiara di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo dal valore di 16.00 euro applicata su questo documento, il cui numero identificativo è _____, e di essere a conoscenza di non poterla riutilizzare ad altri fini.

data

firma leggibile

ATTENZIONE: l'indirizzo mail amce@uniud.it deve essere utilizzato solo per l'invio di documenti NON per richieste di informazioni sullo stato del procedimento, per tali richieste bisogna scrivere una mail alla Segreteria Studenti segreteria.scuolespecializzazione@uniud.it

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AGLI STUDI

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____ matricola _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via _____ n. _____ tel./cell. _____

iscritto/a per l'a.a. _____ al _____ anno alla Scuola di Specializzazione in _____

DICHIARA

- di rinunciare irrevocabilmente al proseguimento degli studi e di essere a conoscenza che tale atto ha per effetto la perdita dello status di specializzando
- di aver prestato servizio fino al giorno _____ (solo per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria)

Allega a tal fine la fotocopia di valido documento d'identità.

Si impegna inoltre a restituire:

☐ eventuale Smart Card

☐ badge ospedaliero presso Ufficio Ispettori, padiglione 2 piano terra del SMM con orario dal lunedì al venerdì dalle 7 alle 19 ed il sabato dalle 7 alle 12 (solo per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria)

La/Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti sono trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata e nei procedimenti amministrativi conseguenti come da informativa disponibile nella sezione "Privacy" del sito dell'Università degli Studi di Udine unitamente ai suoi eventuali aggiornamenti, accessibile dalla home page www.uniud.it.

_____ data

_____ firma leggibile per esteso

Note:

1) La rinuncia è irrevocabile.

Riferimento _____ Revisione modulo 07.10.2022
--