

RINUNCIA ALL'IMMATRICOLAZIONE
41° Ciclo – A.A. 2025/2026

E-mail a: dottorati@amm.units.it

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

data di nascita

giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comune di nascita

Residente nel comune di

In via

n. civico

n. di telefono

n. di cellulare

Vincitore del concorso di dottorato di ricerca in *(inserire denominazione del corso di dottorato)*

DICHIARA

di rinunciare all'immatricolazione, essendo a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile.

Il sottoscritto allega alla domanda:

- fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità

LUOGO

giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

giorno

mese

anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO