Rinuncia agli studi

Al Magnifico Rettore

della Luiss Guido Carli

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Il sottoscritto (Cognome e Nome) |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Prov. |  |
| Iscritto/a presso questa Università al Corso di Dottorato di Ricerca in |  |

Dichiara espressamente di voler **rinunciare agli studi** intrapresi, a norma dell’art. 149 del T.U. delle Leggi sulla Istruzione Superiore, essendo a conoscenza che tale rinuncia è **irrevocabile** e che comporta l’estinzione della carriera percorsa.

La rinuncia agli studi è da intendersi a far data dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contestualmente il sottoscritto:

* chiede la restituzione del Diploma originale di Maturità attraverso la seguente modalità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| personalmente | Data | Firma |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tramite delegato | Data | Firma del delegato |

con spedizione al seguente indirizzo:

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sollevando l'Università dalla responsabilità di un eventuale danneggiamento/smarrimento postale e dichiarando di aver fornito i suddetti dati ai sensi della legge 127/97.

Oppure

* dichiara di:

Non aver mai depositato presso i vostri uffici il Diploma originale di Maturità.

Dichiara, inoltre, di aver fornito i dati suddetti ai sensi della legge 127/97.

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_