



**DOMANDA DI RINUNCIA AGLI STUDI
(per studenti neoimmatricolati all'anno 2017/2018 entro il 30 novembre 2017)**

Al *Magnifico Rettore*
dell'Università Vita-Salute San Raffaele
di Milano

Il/La sottoscritt_.....
Matricola n.....nat_ a
..... Prov.il/...../.....
Residente in via n°.....
Comune CAP
Prov. 1° recapito telefonico
e-MAIL

CHIEDE

in modo espresso e definitivo **di rinunciare** al proseguimento degli studi presso codesta Università, al corso di Laurea/Diploma
con tutte le implicazioni giuridiche previste dalle norme vigenti per tale rinuncia.

Il/La sottoscritt_, in particolare **dichiara**:

1. Di essere a conoscenza che la rinuncia in oggetto comporta la nullità delle precedenti iscrizioni, dei corsi seguiti e degli esami sostenuti.
2. Di essere a conoscenza che la rinuncia è irrevocabile, il che produce l'impossibilità di invocare benefici di tasse e di esami o abbreviazioni di corso connessi con il precedente "Status" giuridico abbandonato e giuridicamente inefficace, in caso di nuova iscrizione allo stesso o ad altro corso di laurea o di Diploma dell'Università Vita-Salute San Raffaele.

Milano, il

In fede

.....