UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

UFFICIO POST LAUREAM – U.A. DOTTORATI DI RICERCA

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi della Basilicata
Ufficio Post Lauream
U.A. Dottorati di Ricerca
Via Nazario Sauro, 85
85100 POTENZA

RINUNCIA AL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA

Il sottoscritto/I, the Undersigned,

Cognome/ Surname	Nome/Name

Data nascita /Date of Birth	Luogo di nascita/Place of Birth

Città di residenza/City Country	Prov./State - Province

C.A.P./Zip Code	Indirizzo di Residenza/Address

Domicilio, se diverso dall'indirizzo di residenza/residence, if different address	

Telefono/Counry code area code – phone number	cellulare/mobile

indirizzo e-mail /e-mail address

Codice Fiscale/Italian Fiscal Code

Iscritto al _____ (I, II, III) anno del corso di dottorato di ricerca in

_____, Ciclo _____

DICHIARA

di **RINUNCIARE** al predetto corso di dottorato di ricerca, a decorrere dal _____,

per la seguente motivazione:

_____

Allega alla presente:
- ricevuta del versamento di € 116,00 (comprensivi della tassa di rinuncia di € 100,00 e dell'imposta di bollo assolta in modo virtuale di € 16,00);
- fotocopia di un valido documento di identità.

_____ _____

(data) (firma)