



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI

Via Nicolodi, 106 - 09123 Cagliari - Tel. 0706753989 Fax 0706753950
Orario Sportello (da settembre a giugno) Dal Lunedì al Venerdì ore 9.00-12.00
Orario Sportello (luglio e agosto) Lunedì - Mercoledì - Venerdì ore 9.00-12.00

Marca da bollo
€16,00
(verificare sempre
l'importo in vigore
al momento
della consegna)

_____ / **01** / _____
Matricola Facoltà Corso

Al Magnifico Rettore

dell'Università degli Studi di Cagliari

Archivio N° _____
(a cura della Segreteria Studenti)

RINUNCIA AGLI STUDI

Io sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____ / _____ / _____
residente in _____ via _____
_____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____ / _____ cell. _____
_____ / _____ corso di Laurea _____ matricola _____

dichiara

di **rinunciare agli studi** intrapresi nel corso di laurea in _____ .

Dichiara altresì di essere a conoscenza che tale rinuncia è **irrevocabile** e che, pertanto, non potrà in avvenire far valere alcun diritto connesso con la precedente iscrizione estinta per effetto della presente rinuncia.

Chiede la restituzione del diploma di maturità _____ depositato presso codesta Segreteria (solo per gli studenti immatricolati fino all'A.A. 1998/99).

Cagliari, _____

_____ (firma leggibile)

Allega:

Diploma Originale di maturità (solo per gli studenti immatricolati fino all'A.A. 1998/99).

Libretto di iscrizione

IDENTIFICATO MEDIANTE

IL RESPONSABILE
DELLA SEGRETERIA STUDENTI

L'IMPIEGATO ADDETTO
