



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI GUGLIELMO MARCONI

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi "Guglielmo Marconi"
Via Plinio, 44
00193 – R O M A

Al Coordinatore del Dottorato di ricerca in _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ PR (____) il _____

Residente in _____ PR (____) Via _____

Iscritto/a al _____ anno del Dottorato di Ricerca in _____

Ciclo _____

DICHIARA DI RINUNCIARE AL PROSEGUIMENTO DEL DOTTORATO

con decorrenza dal _____ e di essere a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile e comporta l'estinzione totale della carriera scolastica percorsa e dei diritti derivanti dal superamento del concorso di ammissione.

La rinuncia è motivata da:

Il sottoscritto è consapevole che le tasse pagate non saranno rimborsate in alcun caso.

Si allega copia di un documento di identità

Luogo e data _____

Firma _____