



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

*Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Schio*

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AGLI STUDI / CAMBIO CORSO / SOSPENSIONE

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____

Matricola _____

Frequentante il 1° 2° 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica,
con sede a Schio

DICHIARA

di volere interrompere gli studi intrapresi
e si **IMPEGNA** altresì ad inviare all'indirizzo cdl-inf@aulss7.veneto.it il modulo di
"Rinuncia agli studi", presentato all'Università degli studi di Padova

di cambiare corso nello stesso Ateneo

di voler sospendere gli studi
e si **IMPEGNA** altresì ad inviare all'indirizzo cdl-inf@aulss7.veneto.it il modulo di
"Sospensione degli studi", presentato all'Università degli studi di Padova

Data

Firma leggibile