

## RINUNCIA AGLI STUDI

**Al Direttore di Civica Scuola Teatro Paolo Grassi**

__I__ sottoscritt__ (Cognome)_____ (Nome/i)_____ Matricola _____
nato/a a _____ (Prov) _____ il _____
residente a _____ C.A.P. _____ (Prov. _____),
in Via _____ n. _____,
Tel. _____ / _____ Cellulare _____ / _____
Iscritto/a__ per l'anno accademico _____ al _____ anno del corso di _____

### DICHIARA

**di rinunciare agli studi intrapresi e di essere a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile**  
come previsto da Condizioni Generali di Contratto

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di aver conseguito il Diploma di Maturità \_\_\_\_\_ -

Presso l'Istituto \_\_\_\_\_

All'atto dell'immatricolazione ha autocertificato il titolo di studio  
oppure ha depositato:

Diploma originale  
Attestato sostitutivo  
Certificato Semplice  
Autocertificato il Titolo di Studio

I titoli saranno consegnati soltanto all'interessato, munito di idoneo documento di riconoscimento, o a persona munita di delega in carta semplice e copia di un documento di identità del delegante.

Si allega alla presente dichiarazione:

- Tessera magnetica

Milano, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (leggibile e per esteso)

---

### RICEVUTA CONSEGNA RINUNCIA AGLI STUDI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Matr \_\_\_\_\_

Corso \_\_\_\_\_ Data consegna \_\_\_\_\_