

**RINUNCIA AGLI STUDI**  
e domanda di restituzione  
del titolo di studi medi

Matr. n° .....

**Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

**dichiara**

di rinunciare agli studi intrapresi nel corso di studi in .....

..... e di essere a conoscenza che tale rinuncia è **irrevocabile**.

I competenti organi accademici valuteranno eventuali richieste di riconoscimenti di crediti finalizzati all'iscrizione ai Corsi di Studio previsti dal D.M. 270/2004.

Dichiara inoltre di aver conseguito il diploma di maturità .....

presso l'istituto .....

e di avere / non avere pendenze con l'ISU e/o con le Biblioteche universitarie.

All'atto dell'immatricolazione ha depositato:

- DIPLOMA ORIGINALE (1)**  
 **CERTIFICATO SOSTITUTIVO (1)**  
 **CERTIFICATO SEMPLICE**  
 **AUTOCERTIFICAZIONE**

(1) il diploma originale o il certificato sostitutivo saranno consegnati solo all'interessato, munito di idoneo documento di riconoscimento, o a persona munita di delega, entro 10 giorni dalla data della domanda di rinuncia.

Milano, .....

.....  
firma

**RECAPITO:**

Via ..... Città .....

C.A.P. ..... Tel. ..... E-mail .....

**RESTITUZIONE TITOLO DI STUDI MEDI per rinuncia agli studi**

**Il diploma originale o il certificato sostitutivo potranno essere ritirati dall'interessato munito di idoneo documento di riconoscimento, oppure da persona da lui autorizzata con delega.**

Data ..... Corso di Studi ..... Matricola .....

COGNOME ..... NOME .....