

# SIENA JAZZ

ACCADEMIA NAZIONALE DEL JAZZ

## RINUNCIA AGLI STUDI

Anno Accademico  /

Il/la sottoscritt

NOME:  COGNOME:

NATO A:  IL:  (gg/mm/aaaa)

RESIDENTE A:

INDIRIZZO:

COMUNE:  CAP:  PROVINCIA:  (sigla)

TELEFONO:  CELLULARE:

E-MAIL:

NAZIONALITÀ:  CODICE FISCALE:

Iscritto/a al corso di Diploma accademico biennale di 2° Livello

relativo alla scuola di

per l'anno accademico

### DICHIARA:

- di voler rinunciare agli studi intrapresi e di essere a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile
- di aver preso visione del "Regolamento contribuzione studentesca" per l'anno in corso e di accettarlo in tutte le sue parti

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA