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 triennale di 1° 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 ____

SIENA JAZZ • Fortezza Medicea, 10 • 53100 SIENA • Tel. +39 0577 271401 • Fax. +39 0577 271404
Email: info@sienajazz.it • http://www.sienajazz.it