

MODULO DI RINUNCIA ALLA BORSA ERASMUS:

All'Ufficio Erasmus
della Facoltà di Medicina e Psicologia
Area Medicina e Professioni sanitarie
Università degli Studi di Roma
"La Sapienza"

Oggetto: Programma ERASMUS+ a.a. 20...../..... - rinuncia

Il/La sottoscritto/a _____

matricola _____

vincitore di una borsa Erasmus presso l'Università di _____

Codice Erasmus _____ Area _____ per mesi _____

D I C H I A R A

di RINUNCIARE alla borsa Erasmus per i seguenti motivi:

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità di:

- non aver riscosso il mandato relativo al pagamento della borsa;
- aver riscosso il mandato;
- provvedere alla restituzione tramite provvisorio d'entrata
-

Roma, li _____

Il dichiarante

Roma, li _____

Visto

Il Raef(Responsabile Amministrativo Facoltà)