

**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)**