



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

MODULO DI RINUNCIA BORSA ERASMUS+ a.a.2024-2025

FACOLTÀ FARMACIA E MEDICINA (AREA MEDICA) E MEDICINA E ODONTOIATRIA

Modulo da inviare al RAEF, Referente amministrativo Erasmus di Facoltà,
(nominativo indicato nell'ultima colonna della tabella delle sedi del Bando)

Il/La sottoscritto/a _____

matricola _____

vincitore di una borsa Erasmus+ presso l'Università di _____

Area (specificare in base all'elenco sottostante): _____

Elenco Aree:

- 911 Odontoiatria e Protesi Dentaria - Igiene Dentale
- 912 Medicina e Chirurgia - Dottorandi
- 913 Infermieristica – Ostetricia
- 914 Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di radiologia medica
- 915 Fisioterapia
- 032 Comunicazione Scientifica Biomedica

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 (Referente Amministrativo Facoltà)