



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

DICHIARAZIONE DI NON POSSESSO LIBRI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov _____

Via _____ C.A.P. _____

Matricola _____ iscritt__ al corso di:

Laurea Triennale/Specialistica/Magistrale in _____

Specializzazione/Dottorato in _____

al fine di poter presentare domanda di:

ammissione all'esame di laurea/diploma per la sessione _____ A.A. ____ / ____

trasferimento ad altra Università

rinuncia agli studi

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di non essere in possesso di alcun volume appartenente all'Ufficio di Biblioteca dei Dipartimenti di Area Medica.

Firma leggibile

VISTO Il Responsabile della Biblioteca
(timbro e firma)
