



Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe



Scuola Provinciale Superiore di Sanità

ABGANGSBESCHEINIGUNG / RINUNCIA AGLI STUDI nach Abbruch des Studiums / *per interruzione studio:*Es wird ausdrücklich erklärt das Studium beenden zu wollen und in Kenntnis zu sein, dass dieser Verzicht unwiderruflich ist und die Beendigung der Karriere mit sich bringt.*si dichiara espressamente di voler rinunciare agli studi intrapresi essendo a conoscenza che tale rinuncia è irrevocabile e comporta la chiusura della carriera.* nach abgeschlossenem Studium / *per conclusione studio*

Der/die Unterfertigte <i>Il / la sottoscritto/a</i>	_____	Matr. Nr. <i>n° matr.</i>	_____
geboren am <i>nato/a il</i>	_____	in <i>a</i>	_____
wohnhaft in <i>residente a</i>	_____		
Private E-Mail <i>Email privata</i>	_____		
welche/r bereits in der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe im Laureatsstudiengang <i>il/la quale è iscritto/a alla Scuola Provinciale Superiore di Sanità, nel Corso di Laurea in :</i>			
_____			eingeschrieben ist,

erklärt: / *dichiara:*

- sämtliche Auflagen in der Fachbibliothek der Claudiana erfüllt zu haben: <i>di avere assolto ogni obbligo nei confronti della biblioteca:</i>		
Datum <i>Data</i>	Stempel und Unterschrift der Bibliothek: <i>Timbro e firma della biblioteca:</i>	
_____	_____	
- die Rückgabe von / <i>la restituzione di</i>		
Studentenausweis <i>Tessera studenti</i>	<input type="checkbox"/> Ja/Sì <input type="checkbox"/> Nein/No :	_____
Stempelkarte KH Bozen <i>Tesserino ospedale BZ</i>	<input type="checkbox"/> Ja/Sì <input type="checkbox"/> Nein/No :	_____
Karte Uni Bz <i>Tessera LUB</i>	<input type="checkbox"/> Ja/Sì <input type="checkbox"/> Nein/No :	_____

Datum:
Data: _____Unterschrift Student
Firma studente: _____