

**Spett.le**

**ATS Pharmatrain  
IPAA SAN BENEDETTO  
CAPOFILA**

**VIA M. SICILIANO, 1-4  
LATINA**

Latina,

Io sottoscritto/ a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in Via/ Strada/ Contrada \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di rinunciare al percorso \_\_\_\_\_  
codice \_\_\_\_\_, per motivi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In fede

**Si allega documento di identità valido**