Leszno, dnia …………………

Imię i nazwisko studenta:   
Kierunek:   
Zakres studiów:   
Rok studiów:   
Semestr:   
Nr albumu:   
Studia (należy zaznaczyć):   
 stacjonarne   
 niestacjonarne

# Pani dr Dorota Sipińska, prof. ANS Prorektor ds. studentów w/m

# Rezygnacja ze studiów

Oświadczam, że z dniem

rezygnuję z odbywania studiów na kierunku

zakres

w roku akademickim

## **Uzasadnienie**

Z wyrazami szacunku

…………………………………………………………………