Leszno, dnia …………………

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

# Panidr Dorota Sipińska, prof. ANSProrektor 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

…………………………………………………………………