Leszno, dnia

Imię i nazwisko studenta:   
Kierunek:   
Rok studiów:   
Semestr:   
Nr albumu:   
Studia:   
a) stacjonarne   
b) niestacjonarne

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

Oświadczam, że z dniem

rezygnuję z odbywania studiów na kierunku

zakres

w roku akademickim

Uzasadnienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem  
…………………………………………………………………