Leszno, dnia

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

# **Panidr Dorota Sipińska, prof. ANSProrektor ds. studentóww/m**

Oświadczam, że z dniem

rezygnuję z odbywania studiów na kierunku

zakres

w roku akademickim

Uzasadnienie

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

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