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 miejscu**

# Rezygnacja ze studiów

Oświadczam, że z dniem

rezygnuję z odbywania studiów na kierunku

zakres

w roku akademickim

Uzasadnienie

Z wyrazami szacunku

1. Informacja o studencie z sekretariatu Instytutu oraz informacja o aktualnej liczbie studentów na roku

podpis pracownika sekretariatu

1. Opinia Dyrektora Instytutu

podpis Dyrektora Instytutu

1. Decyzja Prorektora ds. studentów

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

podpis Prorektora ds. studentów