

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

- 2) Opinia Dyrektora Instytutu

.....
.....
.....
.....

podpis Dyrektora Instytutu

- 3) Decyzja Prorektora ds. studentów

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

.....
.....

podpis Prorektora ds. studentów