

Warszawa, dnia

imię i nazwisko

nr albumu

rok studiów, kierunek studiów

tel. kontaktowy

e-mail

Dziekan Wydziału Medycznego. Collegium Medicum

.....

REZYGNACJA ZE STUDIÓW

Oświadczam, iż z dniem rezygnuję ze studiów na Wydziale Medycznym. Collegium Medicum UKSW na kierunku W związku z powyższym proszę o wykreślenie mnie z listy studentów WMCM UKSW.

Z poważaniem

.....

data, podpis studenta

Odpowiedź (forma, data, podpis):