Warszawa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(adres do korespondencji)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nr telefonu)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nr albumu)*

 **Dziekan Wydziału \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**REZYGNACJA ZE STUDIÓW**

Niniejszym rezygnuję ze studiów na Wydziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WUM na kierunku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, studia stacjonarne/niestacjonarne[[1]](#footnote-1), studia jednolite magisterskie/pierwszego stopnia/drugiego stopnia[[2]](#footnote-2) , prowadzone w języku polskim/w języku angielskim[[3]](#footnote-3) i wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów.

Jednocześnie oświadczam, że wiadomo mi, że:

1. Z datą doręczenia Dziekanowi niniejszej rezygnacji następuje wszczęcie postępowania w sprawie skreślenia mnie z listy studentów;
2. W dacie doręczenia mi decyzji uwzględniającej w całości moją rezygnację tj. skreślającej mnie z listy studentów, decyzja będzie ostateczna i nie będzie przysługiwało od niej odwołanie ani wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy;
3. W dacie doręczenia mi decyzji uwzględniającej w całości moją rezygnację tj. skreślającej mnie z listy studentów, stracę status studenta.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *imię i nazwisko studenta oraz podpis*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)