Warszawa, dn. …......................................

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

imię i nazwisko studenta

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

nr albumu   rok studiów

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

kierunek, specjalność

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

adres do doręczeń

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

numer telefonu, email

**Szanowny Pan/Szanowna Pani**

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

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**WNIOSEK**

**o skreślenie z listy studentów z powodu złożenia rezygnacji ze studiów**

Uprzejmie informuję, iż z dniem …………………………….. rezygnuję ze studiów na kierunku …………………………………………., na Wydziale Nauk o Zdrowiu w roku akademickim 20..…./20….

Jednocześnie zwracam się z prośbą o skreślenie mnie z listy studentów ……….. roku stacjonarnych/niestacjonarnych\* studiów pierwszego / drugiego stopnia \* w/w kierunku studiów.

………………………………………………….

(podpis studenta)

\* niepotrzebne skreślić

**Powyższy wniosek należy złożyć we właściwym dziekanacie lub wysłać na adres jednostki prowadzącej tok studiów.**