



Elbląg, dnia 20....r.

.....
imię i nazwisko studenta

.....
adres

.....
kierunek studiów

.....
poziom studiów (I lub II stopnia) oraz semestr

.....
telefon, e-mail

Dziekan Wydziału
Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych

REZYGNACJA ZE STUDIÓW

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów na kierunku
i wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk
Stosowanych. Powodem podjętej decyzji jest

.....
.....

Rezygnacja stanowi jednocześnie wypowiedzenie umowy o naukę. Wypowiedzenie
umowy powoduje jej rozwiązanie ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym
nastąpiło wypowiedzenie umowy.

Jestem świadomy obowiązku uiszczenia czesnego za okres do dnia rozwiązania umowy.

.....
podpis studenta