Elbląg, dnia …………………… 20.….r.

………………………………………………………..

imię i nazwisko studenta

………………………………………………………..

adres

…………………………………………………………………….

kierunek studiów

…………………………………………………………………….

poziom studiów (I lub II stopnia) oraz semestr

…………………………………………………………………….

telefon, 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