

....., dnia

(imię i nazwisko)

.....
(kierunek, specjalność)

Tryb studiów: stacjonarne , niestacjonarne*

Rok studiów semestr.....

Numer albumu.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail

**Dziekan
Wydziału Medyczno-Społeczno-Technicznego
Uniwersytetu Kaliskiego
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że z dniemrezygnuję ze studiów na kierunku
.....w Uniwersytecie Kaliskim
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego.

Niniejszym wypowiadam zawartą z Państwem Umowę oraz zwracam się o skreślenie mnie z listy studentów.

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis)