

.....
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia.....r.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Kierunek: Lekarski

Numer albumu:.....

Rok studiów:..... Semestr:.....

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu rezygnuję z kontynuowania nauki w Uniwersytecie Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

.....
(czytelny podpis studenta)