

.....
(imię i nazwisko)
.....
(rok i kierunek studiów)
.....
(forma i stopień studiów)
.....
(adres e-mail)
.....
(telefon kontaktowy)
.....
(numer albumu)

.....
(miejsowość, data)

Sz. P.
Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu
Uniwersytetu Pedagogicznego
im. Komisji Edukacji

REZYGNACJA ZE STUDIÓW

Niniejszym oświadczam, że z dniem rezygnuję ze studiów na kierunku

.....
.....

realizowanych w Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie oraz zwracam się z prośbą o skreślenie mnie z listy studentów.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(czytelny podpis studenta)