

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(kierunek studiów - studia stacjonarne / niestacjonarne)

Nr albumu

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI ZE STUDIÓW

Oświadczam, iż rezygnuję z nauki w Akademii Nauk Stosowanych w Koninie na
studiach pierwszego stopnia / drugiego stopnia* stacjonarnych / niestacjonarnych*
w semestrze w roku akademickim 20...../20
na kierunku,
z powodu:

.....
(czytelny podpis studenta)

*** niepotrzebne skreślić**