…………………………………………………….. Wrocław, dnia ……..……..…….…

 imię i nazwisko

………………………………………………………

 kierunek studiów

………………………………………………………

 stopień studiów i numer semestru

……………………………………

 nr albumu

……………………………………………………………

 aktualny adres korespondencyjny

……………………………………………………

 kontaktowy numer telefoniczny

Dziekan Wydziału
Fizyki i Astronomii UWr

**Oświadczenie o rezygnacji ze studiów**

Oświadczam, że z dniem ……………………………………….. rezygnuję ze studiów I stopnia/II stopnia\* na kierunku ………………………………………………………………………………………... .

…………………………………………………………………

 podpis studentki/studenta

\* niepotrzebne skreślić