…………………………………………………….. 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