

Leszno, dnia .....

Imię i nazwisko studenta: .....

Kierunek: .....

Zakres studiów: .....

Rok studiów: .....

Semestr: .....

Nr albumu: .....

Studia (należy zaznaczyć):

stacjonarne

niestacjonarne

**Pani**

**dr Dorota Sipińska, prof. ANS**

**Prorektor ds. studentów**

**w miejscu**

### **Rezygnacja ze studiów**

Oświadczam, że z dniem .....

rezygnuję z odbywania studiów na kierunku .....

zakres .....

w roku akademickim .....

Uzasadnienie

.....  
.....  
.....

Z wyrazami szacunku

.....

data i podpis studenta

1) Informacja o studencie z sekretariatu Instytutu oraz informacja o aktualnej liczbie studentów na roku

.....  
.....  
.....

.....

data i podpis pracownika sekretariatu

2) Opinia Dyrektora Instytutu

.....  
.....  
.....

.....

data i podpis Dyrektora Instytutu

3) Decyzja Prorektora ds. studentów

**Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody**

.....

.....

data i podpis Prorektora ds. studentów