Lublin, dnia ..……20…r.

………………………………………

Imię i Nazwisko

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

………………………………………

Rok i kierunek studiów

Studia I /II stopnia/jdm

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Nr albumu ………………………..

Telefon kontaktowy ……………..

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem ……….20…. r. rezygnuję ze studiów na kierunku ………………………………. w roku akademickim 20.…/20.… .

Zobowiązuję się do zwrotu legitymacji studenckiej oraz uprzejmie proszę o wydanie dokumentów.

…………………………………

*Czytelny podpis studenta*