Lublin, dnia ……………….…20..… r.

Imię i Nazwisko Studenta ………………………………………

Adres: …………………………………………………………………….

Wydział Nauk Medycznych

……… rok, kierunek ………………………………………………..

studia jednolite magisterskie/I°/II°

stacjonarne/niestacjonarne

nr albumu: …………………………………………………………..

tel. kontaktowy: ………………………………………………….

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stepulak

Dziekan

Wydziału Nauk Medycznych

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

**Wniosek o skreślenie z listy studentów**

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów na kierunku ………………………………………. i proszę
o skreślenie z listy studentów roku …......

Zobowiązuję się do zwrotu identyfikatora i legitymacji studenckiej.

Proszę o wydanie dokumentów …………………………………………………………………..……..…….

 …………………………………………………………………………………

…………………………………

Podpis studenta