

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/miejsowość / data/

.....
/telefon kontaktowy/

.....
/rok studiów, kierunek, poziom studiów /

.....
/studia stacjonarne / niestacjonarne/

Nr albumu

Prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Rafał Bobiński

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Bielsko-Bialskiego

PODANIE

Uprzejmie informuję, iż z dniem rezygnuję z odbywania studiów
na kierunku,
specjalność,
na Wydziale Nauk o Zdrowiu w roku akademickim 20...../20....

Jednocześnie zwracam się z prośbą o skreślenie mnie z listy studentów roku
stacjonarnych/niestacjonarnych* studiów pierwszego/drugiego stopnia w/w kierunku studiów.

.....
/czytelny podpis studenta/