Zabrze, dnia ………………………….

nazwisko i imię:……………………………….

adres ………………………………………….

rok studiów: **……………………………….**

kierunek: **……………………………..**

rok akad. **…….…./………..**

 **Dziekan**

 **Wydziału Nauk Medycznych**

 **w Zabrzu**

Oświadczam, że rezygnuję z dalszego toku studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* na kierunku ……………………………………………….. w roku akademickim ……………………… w Wydziale Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

 ……………………………………………..

 podpis

\* zaznaczyć właściwe