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