Bydgoszcz, dnia.........................

...................................................................

(imię i nazwisko)

Numer albumu:..........................................

Kierunek studiów:……………………................

Rok/stopień studiów:.................................

Adres: ………………………………………...............

..……………………………………….........................

………………………………………………..................

(telefon)

**Pani**

**dr Anita Gałęska-Śliwka**

**Prodziekan ds. Studenckich**

**Wydziału Nauk o Zdrowiu** **CM UMK**

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż z dniem........................................rezygnuję ze studiów na kierunku ..............................................................................................na Wydziale Nauk o Zdrowiu w roku akademickim........................................................

z powodu\*..........................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Z poważaniem

..................................................

(podpis studenta)

\*nieobowiązkowe