(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

(adres do korespondencji)

(telefon kontaktowy)

(**kierunek studiów** - studia stacjonarne / niestacjonarne)

Nr albumu .....

OŚWIADCZENIE
O REZYGNACJI ZE STUDIÓW

Oświadczam, iż rezygnuję z nauki w Akademii Nauk Stosowanych w Koninie na studiach pierwszego stopnia / drugiego stopnia* stacjonarnych / niestacjonarnych* w semestrze ..... w roku akademickim 20...../20 .....
na kierunku .....,
z powodu: .....

(czytelny podpis studenta)

*** niepotrzebne skreślić**