

(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**