Wrocław, dnia ………………

# Imię i nazwisko: ........................................................

# Nr albumu: ........................................................

# E-mail: .......................@student.pwr.edu.pl

# Adres korespondencyjny: ..................................................................................................................

# Wydział: **Medyczny**

# Kierunek studiów: **Lekarski**

# Rok studiów: ........, etap: ........

# **JM Rektor**

# **Politechniki Wrocławskiej**

**Dotyczy: Skreślenia po rezygnacji ze studiów**

# Oświadczam że rezygnuję ze studiów na wydziale: Wydział Medycznym, kierunku studiów: Lekarskim.

# .........................................

Podpis studenta