Wrocław, dnia ………………

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

# Imię i nazwisko

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

# Nr albumu

# …………………@student.edu.pl

# E-mail

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

# 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