………………………………………………

nazwisko i imię

………………………………………………………………

kierunek studiów

………………………………………………………………

nr albumu

………………………………………………………………

nr telefonu/ e-mail

Uniwersytet Medyczny w Łodzi Wydział Lekarski Dziekanat Oddziału Stomatologicznego 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251

Łódź, dn……………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Sygnatura: | DLS / |
| Sprawa: | **Rezygnacja z podjęcia studiów na kierunku Lekarsko – Dentystycznym/ Techniki dentystyczne w roku akad. …………………..** |
|  |  |

Niniejszym informuję o rezygnacji w dniu…………..………. z podjęcia studiów jednolitych magisterskich, licencjackich w trybie stacjonarnym/ niestacjonarnym**[[1]](#footnote-1)**, na kierunku Lekarsko – Dentystycznym/ Techniki dentystyczne UM w Łodzi w roku akad. ………………...

---------------------------------------- seria i nr dowodu osob.

--------------------------------------- data i podpis

Potwierdzam odbiór:

1. Świadectwo Dojrzałości: oryginał kopia

2. ksero dowodu osobistego

3. zaświadczenie lekarskie

4. zaświadczenie o szczep. WZW/B

5. zdjęcia

6. ………………………..........................

1. ***Zbędne skreślić*** [↑](#footnote-ref-1)