…………………………………………….

# *Imię i nazwisko studenta*  Łódź, dnia.....................................

…………………………………………….

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

…………………………………………….

# *Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

…………………………………………….

*Semestr*

…………………………………………….

*Telefon kontaktowy*

#

 **Prodziekan Wydziału Lekarskiego**

 **ds. Nauki i Rozwoju Nauczania**

 **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

 ***prof. dr hab. n.med. Monika Łukomska-Szymańska***

## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z APLIKOWANIA NA STUDIA

 Ja, niżej podpisany/a …………………………………………., legitymujący/a się dowodem osobistym numer ……………………., PESEL ……………………………….., oświadczam, że w dniu…………..rezygnuję z aplikowania na kierunku……………..….., w trybie stacjonarnym / niestacjonarnym1, rodzaj studiów jednolite magisterskie / I stopnia / II stopnia1, z powodu…………………………………………………….…………………

……………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………..……..

 *Podpis studenta*

Załączniki\*:

1. Legitymacja TAK/NIE

2. E-Obiegówka oraz rozliczenie szafki TAK/NIE

\**Niepotrzebne skreślić*