

Wrocław, dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

E-mail:

Adres:

Wydział:

Kierunek:

Specjalność:

Rok studiów: 1, semestr: 1

System: Stacjonarne/Niestacjonarne

Stopień studiów:

**JM Rektor
Politechniki Wrocławskiej**

Dotyczy: Rezygnacji ze studiów /Rezygnacji z podjęcia studiów

Oświadczam że rezygnuję ze studiów na Wydziale:,

kierunku:specjalności:

.....
Podpis studenta