(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

(rok i kierunek studiów)

(forma i stopień studiów)

(adres e-mail)

(telefon kontaktowy)

(numer albumu)

Sz. P.

Dyrektor/Z-ca Dyrektora Instytutu

Uniwersytetu Pedagogicznego

 im. Komisji Edukacji

**REZYGNACJA ZE STUDIÓW**

Niniejszym oświadczam, że z dniem rezygnuję ze studiów na kierunku

realizowanych w Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie oraz zwracam się z prośbą o skreślenie mnie z listy studentów.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

……………………………………….
(czytelny podpis studenta)