………………………………... Bydgoszcz, dnia …………….r.

*(nazwisko i imię)*

Nr albumu: ................................

Kierunek studiów:…………......

Rok studiów:..............................

Tryb studiów:………………….

*(stacjonarne/niestacjonarne)*

Adres: …………………………

…………………………………

Dane kontaktowe:

…………………………………

*(telefon)*

…………………………………

*(e-mail)*

**Sz. P. ……….**

**Prodziekan ds. studenckich**

**Wydziału Lekarskiego CM UMK**

**WNIOSEK**

**o skreślenie z listy studentów**

Uprzejmie informuję, że rezygnuję ze studiów na kierunku ……………..   
w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. Zgodnie z § 59 ust. 1 pkt 2 Regulaminu studiów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika**,** wnoszę o wykreślenie mnie z listy studentów oraz zwrot moich dokumentów.

**Uzasadnienie**

Powodem mojej rezygnacji jest:

Z poważaniem