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