

Warszawa, dnia _____ r.

(imię i nazwisko)

(adres do korespondencji)

(nr telefonu)

(nr albumu)

**Dziekan Wydziału _____
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

REZYGNACJA ZE STUDIÓW

Niniejszym rezygnuję ze studiów na Wydziale _____ WUM na kierunku _____, studia stacjonarne/niestacjonarne¹, studia jednolite magisterskie/pierwszego stopnia/drugiego stopnia², prowadzone w języku polskim/w języku angielskim³ i wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów.

Jednocześnie oświadczam, że wiadomo mi, że:

- 1) Z datą doręczenia Dziekanowi niniejszej rezygnacji następuje wszczęcie postępowania w sprawie skreślenia mnie z listy studentów;
- 2) W dacie doręczenia mi decyzji uwzględniającej w całości moją rezygnację tj. skreślającej mnie z listy studentów, decyzja będzie ostateczna i nie będzie przysługiwało od niej odwołanie ani wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy;
- 3) W dacie doręczenia mi decyzji uwzględniającej w całości moją rezygnację tj. skreślającej mnie z listy studentów, stracę status studenta.

imię i nazwisko studenta oraz podpis

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

³ Niepotrzebne skreślić