Bydgoszcz, dnia.........................

...................................................................

(imię i nazwisko)

Numer albumu:..........................................

Kierunek studiów:……………………................

Rok/stopień studiów:.................................

Adres: ………………………………………...............

..……………………………………….........................

………………………………………………..................

(telefon)

**Pan**

**dr hab. Artur Słomka, prof. UMK**

**Prodziekan ds. Studenckich**

**Wydziału Farmaceutycznego** **CM UMK**

**WNIOSEK**

Oświadczam, iż z dniem........................................rezygnuję ze studiów na kierunku ..............................................................................................na Wydziale Farmaceutycznym w roku akademickim.......................................................z powodu\*..........................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Z poważaniem

..................................................

(podpis studenta)

\*nieobowiązkowe