

.....  
imię i nazwisko

Konin, dn. ....

.....  
.....

adres

Nr albumu .....

## **Oświadczenie o rezygnacji ze studiów**

Oświadczam, iż rezygnuję z nauki w Akademii Nauk Stosowanych w Koninie na studiach pierwszego stopnia / drugiego stopnia\* stacjonarnych w semestrze\*\* ..... zimowym / letnim\* w roku akademickim ..... na kierunku ....., specjalność / specjalizacja \* .....

.....  
(podpis studenta)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* semestr zaznaczyć cyfrą rzymską