Poznań, dnia ……………..

Nazwisko i imię:............................................................................  
Kierunek / tryb / rok studiów:........................................................   
Nr albumu: ..................................................................................

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział ………………………………………………

………………………………………………………...

………………………………………………………...

(ADRES)

**REZYGNACJA ZE STUDIÓW**

Ja niżej podpisany, oświadczam, że rezygnuję z odbywania studiów stacjonarnych / niestacjonarnych\* na kierunku ......................................................., specjalność ….………………. prowadzonych na Wydziale ………………………………… Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w roku akademickim 20../20... .

Jednocześnie wnoszę o skreślenie mojej osoby z listy studentów ……….. roku stacjonarnych/niestacjonarnych\* studiów pierwszego/drugiego stopnia/jednolitych magisterskich\* na w/w kierunku studiów.

Powód rezygnacji: ……………………………………………………………………………………...

……..……………………….

(DATA I CZYTELNY PODPIS STUDENTA)

…………………………….

(DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY

PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE REZYGNACJI)

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany, oświadczam, że:

- zostałem pouczony o prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji administracyjnej w sprawie skreślenia mojej osoby z listy studentów,

- umożliwiono mi, przed wydaniem na mój wniosek decyzji administracyjnej w sprawie skreślenia mojej osoby z listy studentów, wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań,

- nie wnoszę o uzupełnienie materiału zgromadzonego w niniejszej sprawie i nie zgłaszam zastrzeżeń co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań,

- nie korzystam z wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań i wnoszę o wydanie decyzji, zgodnej ze złożonym wnioskiem.

..……..……………………

(DATA I CZYTELNY PODPIS STUDENTA)

..………………………

(DATA I CZYTELNY PODPIS

OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OŚWIADCZENIE)