

Poznań, dnia

Imię i Nazwisko
Wydział
Kierunek
Forma.....
Semestr.....
Numer albumu.....
Numer telefonu.....
Adres email

Dziekan Wydziału.....

Uprzejmie proszę o skreślenie mnie z listy studentów Poznańskiej Akademii Medycznej im. Księcia Mieszka I z dniem: Tym samym rozwiązuję umowę nr..... zawartą w dniu.....

Uzasadnienie :

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

Z poważaniem

.....

Decyzja Dziekana:

Wyrażam zgodę na skreślenie z listy studentów zgodnie z umową o naukę, z zachowaniem okresu wypowiedzenia – z dniem.....

.....
data, podpis Dziekana

Decyzja Kanclerza :

Wyrażam zgodę. Rozwiązuję umowę nr zawartą w dniu

.....
data, podpis Kanclerza

Potwierdzam odbiór kopii podania....., data.....