

Poznań, dnia

Imię i Nazwisko

Wydział

Kierunek

Forma.....

Semestr.....

Numer albumu.....

Numer telefonu.....

Adres email

Dziekan Wydziału.....

**OŚWIADCZENIE O ROZWIĄZANIU UMOWY O NAUKĘ – Z ZACHOWANIEM OKRESU
WYPOWIEDZENIA**

Działając w imieniu własnym, niniejszym rozwiązuję umowy o naukę o nr
z dnia, z zachowaniem obowiązującego okresu wypowiedzenia.

Tym samym, po jego upływie wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów Poznańskiej Akademii
Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I z dniem:

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