

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość i data

.....
adres (ulica, miejscowość)

.....
telefon kontaktowy

.....
kierunek studiów

.....
studia stacjonarne / niestacjonarne*

.....
grupa

.....
nr albumu

**JM Rektor
Uniwersytetu Zielonogórskiego**

Rezygnacja ze studiów

Z dniem rezygnuję ze studiów stacjonarnych/niestacjonarnych* pierwszego stopnia/
drugiego stopnia/ jednolitych magisterskich* na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu
Zielonogórskiego kierunek

Jednocześnie zobowiązuję się do uregulowania zaległości finansowych wobec Uniwersytetu
Zielonogórskiego.

.....
czytelny podpis studenta

* niepotrzebne skreślić