



Wyższa Szkoła
Administracji
Publicznej
w Szczecinie

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Numer albumu

.....
(miejscowość) (data)

REZYGNACJA ZE STUDIÓW

Dziekan WSAP w Szczecinie

.....

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów..... na kierunku studiów
..... w formie stacjonarnej /niestacjonarnej
w roku akademickim..... .

.....
(czytelny podpis)