

_____ data

imię i nazwisko		
kierunek		
<input type="checkbox"/> studia stacjonarne	<input type="checkbox"/> studia niestacjonarne	
<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia
rok studiów	semestr	numer albumu

**Akademia Sztuk Pięknych
im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi**

Rezygnacja ze studiów

Proszę o wydanie decyzji o skreśleniu z listy studentów kierunku
w formie studiów stacjonarnych z powodu rezygnacji ze studiów.

.....
podpis studenta

.....
data wpływu podania do dziekanatu, podpis i pieczętka pracownika dziekanatu