

.....
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia

WYDZIAŁ ARCHITEKTURY I SZTUK PIĘKNYCH

Kierunek:

Rok studiów: Semestr:

Nr albumu:

studia pierwszego stopnia/studia drugiego stopnia *

studia stacjonarne

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu rezygnuję z kontynuowania nauki
w Uniwersytecie Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

.....
(podpis studenta)