Poznań, dnia *kliknij tutaj, aby wprowadzić datę*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię i nazwisko*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić adres zamieszkania*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić numer albumu*

*Wybierz kierunek studiów*

*Wybierz stopień studiów*

*Wybierz formę studiów*

*Wybierz rok studiów*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić grupę*

**DZIEKAN WYDZIAŁU**

**NAUK O ZDROWIU**

**WSZUIE W POZNANIU**

**dr inż. Agnieszka Wiśniewska**

 Zwracam się z prośbą do Pani Dziekan o wyrażenie zgody na skreślenie mnie z listy studentów od dnia *kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* w roku akademickim *kliknij tutaj, aby wprowadzić rok akademicki.*

Uzasadnienie:

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst*.

Z wyrazami szacunku:

………………………

W załączeniu:

1. *Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę załącznika*
2. *Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę załącznika*

Opinia Działu Spraw Studenckich:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Decyzja Dziekana:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………