



Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....
nr albumu/kierunek/stopień i forma studiów/rok/grupa

**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 w roku akademickim

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

Z wyrazami szacunku:

.....

W załączeniu:

1.
2.

Opinia Działu Spraw Studenckich:

.....
.....
.....
.....

Decyzja Dziekana:

.....
.....
.....
.....