

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

Adres:

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

Numer kandydata:

**WYDZIAŁOWA KOMISJA REKRUTACYJNA
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE**

WNIOSEK O REZYGNACJE Z PODJĘCIA STUDIÓW

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów i proszę o skreślenie z listy osób przyjętych na studia:

stacjonarne/niestacjonarne *pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie

*kierunek

Dokumenty: odbieram osobiście / proszę o przesłanie na powyższy adres*.

.....
Czytelny podpis kandydata

**skreślić niepotrzebne*