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

miejscowość i data

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

imię i nazwisko

……………………………………

adres e-mail

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

numer ID

Komisja Rekrutacyjna

na kierunku: ……………………………

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

**Oświadczenie o rezygnacji**

Oświadczam, że rezygnuję z rekrutacji na studia / podjęcia studiów\* i proszę o skreślenie mnie z listy osób przyjętych na studia:

jednolite magisterskie / pierwszego stopnia / drugiego stopnia\*

stacjonarne / niestacjonarne \*

na kierunku .................................

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

 podpis

\* skreślić niewłaściwe