
Imię i nazwisko / Name and surname

Warszawa, dnia / Warsaw, date

Numer albumu / Student ID number

Kierunek, stopień, tryb studiów, rok, semestr / Field, degree, mode of study,
year, semester

Aktualny adres korespondencyjny / Current correspondence address

E-mail Uczelniany; Telefon kontaktowy / University e-mail; Contact phone

REZYGNACJA ZE STUDIÓW PETITION FOR RESIGNATION FROM STUDIES

Oświadczam, że z dniem _____ rezygnuję ze studiów I st. / II st. / JM* stacjonarnych /
niestacjonarnych*

na kierunku: _____

na Wydziale: _____

w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

*I hereby declare that as of _____ I withdraw from the 1st cycle / 2nd cycle / long-cycle Master's
degree* full-time / part-time* studies*

in the field of: _____

at the Faculty of: _____

at the Warsaw University of Life Sciences (SGGW).

* Niepotrzebne skreślić / * Delete as appropriate

Podpis / Signature