

Wrocław, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek studiów
forma: *stacjonarna/niestacjonarna**

.....
telefon

Rektor
Wyższej Szkoły Prawa we Wrocławiu

REZYGNACJA

Oświadczam, że z dniem _____ rezygnuję z podjęcia studiów w Wyższej Szkole
Prawa we Wrocławiu w roku akademickim 2026/2027.

Powodem mojej rezygnacji są:

- | | |
|---|--|
| ☐ Podjęcie studiów na innej uczelni publicznej*/niepublicznej* | ☐ Zmiana miejsca zamieszkania |
| ☐ Problemy zdrowotne | ☐ Nieuruchomienie wybranego kierunku/formy/specjalności studiów |
| ☐ Problemy finansowe | ☐ Inne: _____ |
| ☐ Matura/obrona w innym terminie | |
| ☐ Sprawy osobiste | |
| ☐ Wyjazd zagranicę | |

.....
Podpis Studenta