………………………………………………

 (miejscowość, data)

………………………………………………

 (imię i nazwisko, nr albumu)

………………………………………………

 (kierunek i rok studiów)

………………………………………………

 (adres do korespondencji)

………………………………………………

 (nr telefonu)

prof. dr hab. Sławomir J. Terlikowski

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

# Oświadczenie o rezygnacji ze studiów

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów na kierunku ………………………………………. na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/ma, że:

* złożenie oświadczenia o rezygnacji ze studiów rozpoczyna procedurę skreślenia z listy studentów,
* skreślenie z listy studentów następuje w drodze decyzji administracyjnej,
* opłaty naliczane są do dnia, w którym do Uczelni wpłynęła pisemna rezygnacja ze studiów.

Zobowiązuję się do uregulowania wszystkich należności wobec Uczelni.

Jednocześnie oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji wydanej w przedmiocie skreślenia z listy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

………………………………………………

 (podpis studenta)

Podstawa prawna:

* art. 108 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. 2023 poz. 742 z późn. zm.)
* art. 127a § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2023 poz. 775 z późn. zm.)
* § 18 Regulaminu studiów I stopnia, II stopnia oraz jednolitych studiów magisterskich Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku