Chojnice, dnia........................................

\*..............................................................

imię i nazwisko .................................................

/data przyjęcia i podpis osoby przyjmującej/

\*..............................................................

nr albumu rok studiów tryb studiów kier.

\*..............................................................

dokładny adres-ul.;

\*..............................................................

kod; miejscowość;

\*..............................................................

nr tel.

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

adres email

**JM Rektor**

**PWSH Pomerania w Chojnicach**

Proszę o rozwiązanie umowy o naukę z dniem ………………….……..   
z powodu ……………………………………………………………………...………………...……………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….  
 *Podpis*

Opinia Dziekanatu oraz Kwestury:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Decyzja Rektora:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

/data i podpis/