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/