Wrocław, dnia .....................................

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

imię i nazwisko

……………………………………

adres e-mail

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

numer ID

**Komisja Rekrutacyjna**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

na kierunku: …………………………………..

**Oświadczenie o rezygnacji**

Oświadczam, że rezygnuję z rekrutacji na studia / podjęcia studiów\* jednolitych magisterskich / pierwszego stopnia / drugiego stopnia\* na kierunku ………………………………….. w formie stacjonarnej / niestacjonarnej\* w roku akademickim …………………

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że na podstawie § 2 zarządzenia nr 7/XV R/2019 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu wnoszenia i zwrotu opłaty za przeprowadzenie rekrutacji na I rok studiów, rezygnacja z podjęcia studiów nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty rekrutacyjnej.

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

czytelny podpis

*\* skreślić niewłaściwe*