Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego „Medyk”
ul. Wazów 44, 65-044 Zielona Góra
---
tel./fax 068 327-13-25, 068 325 31 84, NIP 973-10-32-232,
Regon 364979499, www.medyk.zgora.pl, e-mail sekretariat@medyk.zgora.pl

Zielona Góra, ...……

……
imię i nazwisko słuchacza

REZYGNACJA Z NAUKI

Oświadczam, iż z dniem ..... rezygnuję z nauki w CKZiU „Medyk” Medyczne Studium Zawodowe na kierunku……..…

…….....

rok ..... z powodu .....

……...…

……...……

.....
czytelny podpis słuchacza