

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(Nr albumu)

### O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że rezygnuję ze studiów w Krakowskiej Wyższej Szkole  
Promocji Zdrowia na kierunku .....  
studiów I stopnia, II stopnia, jednolitych magisterskich\*,  
w trybie stacjonarnym/niestacjonarnym\*, z powodu: .....  
.....  
.....

Kraków, dnia .....

Podpis .....

\*wybrać odpowiednie