

....., data

.....
(Pieczęć Wydziału)

Nr:

ZAŚWIADCZENIE

o skreśleniu z listy studentów

Niniejszym zaświadcza się, że:

Pan/Pani:
Nr albumu:
Data urodzenia:
Miejsce urodzenia:
Kierunek:
Specjalność:
Poziom studiów:
Forma studiów:
Profil kształcenia:
Data rozpoczęcia studiów:
Czas trwania studiów:

był/a w roku akademickim studentem/tką kierunku roku studiów
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach..... **został/a skreślony/a**
z listy studentów w dniu

Zaświadczenie niniejsze wydaje się na prośbę zainteresowanego.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)