

....., 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 pieczętka osoby upoważnionej)