

Kraków, .....

Imiona i nazwisko: .....

Nr albumu:..... Semestr kształcenia:.....

Dyscyplina naukowa: .....

Numer telefonu/adres e-mail: .....

.....

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ  
Akademii Ignatianum w Krakowie**

Uprzejmie informuję, iż z dniem ..... rezygnuję z kształcenia w Szkole Doktorskiej Akademii Ignatianum w Krakowie, dyscyplina naukowa: .....  
w roku akademickim 20...../.....

.....

(podpis doktoranta)

.....

(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

\* niepotrzebne skreślić

*Powyższy wniosek należy złożyć w sekretariacie obsługi doktorantów lub wysłać na adres podmiotu prowadzącego Szkołę Doktorską.*