

.....  
nazwisko i imię /numer albumu/

.....  
semestr, rok nauki

Studia:\*

- Fizjoterapia jednolite magisterskie stacjonarne/niestacjonarne\*\*
- Dietetyka I stopnia stacjonarne/niestacjonarne\*\*
- Dietetyka II stopnia stacjonarne/niestacjonarne\*\*
- Ratownictwo Medyczne I stopnia stacjonarne/niestacjonarne\*\*
- Psychologia jednolite magisterskie stacjonarne/niestacjonarne\*\*
- Zdrowie Publiczne II stopnia stacjonarne/niestacjonarne\*\*

.....  
numer telefonu studenta

**REKTOR**  
**Akademii Medycznej Nauk**  
**Stosowanych i Holistycznych**

**PODANIE O INDYWIDUALNĄ ORGANIZACJĘ STUDIÓW**

Na podstawie §11 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych proszę o udzielenie zgody na indywidualną organizację studiów (IOS) w semestrze .....w roku akademickim 20..../20....., w semestrze ..... w roku akademickim 20...../20..... .

Oświadczam, iż zaliczyłam/-em pierwszy rok studiów oraz \*\*\*:

- z powodu długotrwałej lub przewlekłej choroby,
- biorę udział w projektach badawczych,
- za wybitne osiągnięcia sportowe lub artystyczne,
- realizuje więcej niż jeden program studiów
- z powodu szczególnej sytuacji uniemożliwiającej realizowanie studiów na zasadach ogólnych, Uzasadnienie

.....  
.....  
.....

Do podania załączam następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....

.....  
*podpis studenta*

Uwagi Kierownika Katedry, pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....  
.....

**DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....  
.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant  
\*\*proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a  
\*\*\*zaznaczyć przyczynę udzielenia IOS