

Warszawa, dnia.....

.....  
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

.....  
adres do korespondencji

**Rektor  
Akademii Medycznej Nauk  
Stosowanych i Holistycznych**

## **ODWOŁANIE OD DECYZJI**

### **W SPRAWIE SKREŚLENIA Z LISTY STUDENTÓW \*\*\***

W związku ze skreśleniem mnie z listy studentów proszę o uchylenie decyzji Rektora nr ..... z dnia .....

Jak podano w decyzji powodem skreślenia było .....

#### **Uzasadnienie odwołania:**

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

.....  
*podpis studenta*

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

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

\* proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

\*\*proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a

\*\*\* Odwołanie należy złożyć w terminie do 14 dni od otrzymania decyzji o skreśleniu.