

Warszawa, dnia.....

.....  
nazwisko i imię

.....  
numer telefonu

.....  
adres do korespondencji

**REKTOR  
Akademii Medycznej Nauk  
Stosowanych i Holistycznych**

**PODANIE**

Na podstawie §26 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych proszę o przyjęcie mnie w trybie przeniesienia na studia stacjonarne / niestacjonarne\* na semestr ....., kierunek .....  
Jestem obecnie studentem ..... semestru na uczelni .....  
na wydziale ..... kierunku studiów ..... na studiach stacjonarnych / niestacjonarnych\*.

Do prośby o przeniesienie skłaniają mnie następujące powody:

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

Do podania załączam następujące dokumenty:

- 1) Kartę przebiegu studiów, sylabus.
- 2) Zgodę Rektora .....
- 3) Potwierdzenie opłaty za przeniesienie.

.....  
*podpis*

Uwagi Kierownika Katedry, pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....  
.....

**DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....  
.....

.....  
*podpis Rektora*

\*niepotrzebne skreślić