

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

REKTOR
Akademii Medycznej Nauk
Stosowanych i Holistycznych

PODANIE O POWTARZANIE PRZEDMIOTU/(-ÓW)

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie przedmiotu/(-ów)

- 1) z liczbą punktów ECTS z semestru
- 2) z liczbą punktów ECTS z semestru.....

Powyższy brak zaliczeń nastąpił na skutek:

.....
.....

Do podania załączam następujące dokumenty:

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

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....
.....

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a