

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 PRZYWRÓCENIE TERMINU EGZAMINU***

Proszę o przywrócenie terminu/ów.....egzaminu/ów z przedmiotu/ów:

- 1).....z dnia.....
- 2).....z dnia.....
- 3).....z dnia.....

Do egzaminów nie przystąpiłem/łam z powodu:

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

Do podania załączam następujące dokumenty:

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

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Dziekanatu, Prowadzącego przedmiot,

.....
.....

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
.....

.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a

*** Podanie należy złożyć w terminie do 7 dni od ustalonego terminu egzaminu