

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 PRZESUNIĘCIE TERMINU ZŁOŻENIA PRACY DYPLOMOWEJ**

Na podstawie §36 ust.3 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej do

.....

Promotorem pracy jest .....

.....  
*podpis studenta*

Opinia promotora:.....

.....

.....  
*podpis promotora*

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....

.....

### **DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....

.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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