

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**

### **PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW**

Na podstawie §29 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych wnoszę o wyrażenie zgody na wznowienie przeze mnie studiów w roku akademickim 20...../20..... w semestrze ..... w formie studiów .....

### **UZASADNIENIE**

Zostałem/am skreślony/a z listy studentów w semestrze ..... roku akademickiego 20..../20..... z powodu: .....

Do podania załączam następujące dokumenty:

- 1) Potwierdzenie opłaty za wznowienie.
- 2) Kartę przebiegu studiów.
- 3) .....

.....  
*podpis studenta*

Uwagi Kierownika Katedry, pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

### **DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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