

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 OSTATNI SEMESTR STUDIÓW**

Na podstawie §36 ust 4 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych uprzejmie proszę o wznowienie studiów na ostatni semestr w celu złożenia i obrony pracy dyplomowej/ przystąpienia do egzaminu dyplomowego\*\*\*

Decyzją Dziekana/Rektora z dnia ..... zostałem/am skreślony/a z listy studentów z powodu niezłożenia pracy dyplomowej w terminie.

Do podania załączam następujące dokumenty:

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

.....  
*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

\*\*\*niepotrzebne skreślić

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant  
\*\*proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a  
\*\*\*niepotrzebne skreślić