

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 ZMIANĘ PROMOTORA

Uprzejmie proszę o zmianę promotora seminarium dyplomowego z .....

..... na .....

Uzasadnienie:

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

.....  
*podpis studenta*

.....  
*podpis dotychczasowego promotora*

.....  
*podpis nowego promotora*

Uwagi pracownika Dziekanatu

.....  
.....

### DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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