

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 ZMIANĘ TRYBU STUDIÓW**

Na podstawie §26 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych  
wnoszę o wyrażenie zgody na zmianę trybu studiów z trybu ..... na tryb  
..... w roku akademickim 20...../20..... w semestrze .....

### **UZASADNIENIE**

.....  
.....

.....  
*podpis studenta*

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....  
.....

### **DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....  
.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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