

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 Biura Obsługi Studentów, Działu Finansów

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a

***niepotrzebne skreślić