

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 Biura Obsługi Studentów, Działu Finansów

.....
.....

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
.....

.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a