

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 Biura Obsługi Studentów

.....
.....

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
.....
.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a