

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 PRZEPISANIE OCENY Z PRZEDMIOTU

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przepisanie oceny z przedmiotu:

1) ..... semestr .....  
w roku akademickim 20...../20.....

2) ) ..... semestr .....  
w roku akademickim 20...../20.....

Powyższe przepisanie oceny ma nastąpić na podstawie:

.....

Do podania załączam następujące dokumenty\*\*\*:

1).....

2).....

.....  
*podpis studenta*

Opinia prowadzącego przedmiot

.....

.....  
*podpis prowadzącego przedmiot*

Uwagi pracownika Biura Obsługi Studentów, Działu Finansów

.....

.....

### DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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

\*\*\* karta przebiegu studiów, karta okresowych osiągnięć studenta, indeks, wyciąg ocen z indeksu, suplementy, sylabus