

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 PRZESUNIĘCIE TERMINU ZŁOŻENIA PRACY DYPLOMOWEJ

Na podstawie §36 ust.3 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej do

.....

Promotorem pracy jest

.....
podpis studenta

Opinia promotora:

.....
podpis promotora

UZASADNIENIE

.....
.....

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