

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 PRZYWRÓCENIE TERMINU EGZAMINU\*\*\***

Proszę o przywrócenie terminu/ów.....egzaminu/ów z przedmiotu/ów:

- 1).....z dnia.....
- 2).....z dnia.....
- 3).....z dnia.....

Do egzaminów nie przystąpiłem/łam z powodu:

.....  
.....  
.....

Do podania załączam następujące dokumenty:

- 1).....
- 2).....

.....  
*podpis studenta*

Uwagi pracownika Biura Obsługi Studentów, Prowadzącego przedmiot

.....  
.....

### **DECYZJA REKTORA**

Warszawa, dnia.....

.....  
.....

.....  
*podpis Rektora*

\*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

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

\*\*\* Podanie należy złożyć w terminie do 7 dni od ustalonego terminu egzaminu