

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 SKREŚLENIE Z LISTY STUDENTÓW

Uprzejmie informuję, że z dniem rezygnuję ze studiów.
Proszę o wykreślenie mnie z listy studentów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i
Holistycznych, kierunku oraz zwrot moich dokumentów***.
Prośbę motywuję tym, że

.....
podpis studenta

ROZLICZENIE Z BILIOTEKĄ

ROZLICZENIE FINANSOWE

ROZLICZENIE Z BIUREM OBSŁUGI STUDENTÓW

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a

*** zwrot dotyczy oryginałów dokumentów: świadectwa maturalnego lub dyplomu oraz suplementu