

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 Dziekanatu, 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