

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 SKIEROWANIE NA POWTARZANIE SEMESTRU

Na podstawie §24 pkt 2 Regulaminu Studiów Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych proszę o skierowanie mnie na powtarzanie semestru studiów, kierunek w roku akademickim 20...../20.....

Uzasadnienie

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

Do podania załączam następujące dokumenty:

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

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Dziekanatu, Działu Finansów

.....
.....

DECYZJA REKTORA

Warszawa, dnia.....

.....
.....

.....
podpis Rektora

*proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

**proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a