

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 WYZNACZENIE EGZAMINU KOMISYJNEGO***

Proszę o umożliwienie mi przystąpienia do egzaminu komisyjnego z przedmiotu
.....
prowadzonego przez

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Dziekanatu

DECYZJA REKTORA:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie egzaminu komisyjnego.

Skład komisji:

1.
2.
3.

O terminie i miejscu przeprowadzenia egzaminu komisyjnego student(ka) zostanie powiadomiony(na) osobiście

.....
podpis Rektora

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie egzaminu komisyjnego. Kieruję na powtarzanie przedmiotu.

.....
podpis Rektora

*Proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

** Proszę podkreślić tryb studiów odpowiedni dla Pani/a

*** Podanie należy złożyć w terminie do 7 dni od daty ogłoszenia wyników egzaminu poprawkowego