

Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek studiów II stopnia

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
adres e-mail / telefon

DO REKTORA

PODANIE

Proszę o weryfikację dyplomu i suplementu ukończenia studiów wyższych, w celu uzyskania potwierdzenia możliwości podjęcia studiów II stopnia w Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych na kierunku dietetyka/kosmetologia*.

Do niniejszego podania załączam:

1. Dyplom ukończenia studiów wyższych
2. Suplement do dyplomu
3. Inne:

Z poważaniem,

.....

DECYZJA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. KSZTAŁCENIA I STUDENTÓW

<i>Potwierdzam</i>		
możliwość podjęcia studiów II stopnia na kierunek dietetyka/kosmetologia*: <input type="checkbox"/> bez kursów doszkalających <input type="checkbox"/> z obowiązkiem odbycia kursów doszkalających: Technologia żywności i potraw oraz towaroznawstwo <input type="checkbox"/> Żywnie człowieka <input type="checkbox"/> Kosmetologia pielęgnacyjna i upiększająca <input type="checkbox"/> Chemia kosmetyczna <input type="checkbox"/> Anatomia i fizjologia z platformy edukacyjnej GAMNS <input type="checkbox"/>		
	data	pieczęć i podpis
<i>Brak możliwości podjęcia studiów II stopnia</i>		
.....		
	data	pieczęć i podpis

* właściwe podkreślić

O decyzji należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.