UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Sztuki

 Kielce, dnia …………………………..

 imię i nazwisko: ………………………………………………………..

 kierunek: ……………..…………………………………………

 stacjonarne/niestacjonarne

 rok: …………….…….. stopień: …………….………..

 numer albumu: ……………………………………………………..…

 adres: ………………………………………………….…….

 ………………………………………………...……..

 telefon / e-mail: ………………………………………………………..

 ***Dziekan***

 ***Wydziału Sztuki***

 ***UJK w Kielcach***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………

*Podpis Studenta*

*Opinia Dyrektora Instytutu/ Kierownika Katedry:*

*………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………*

………………………………………………….

*Data i podpis Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry*

*Opinia Prodziekana:*

*…………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………

*Data i podpis Prodziekana*

*Decyzja Dziekana:*

*……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………

*Data i podpis Dziekana*