UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH *Wydział Sztuki*

Kielce, dnia …………………………..

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

…………………………………………………………...……..

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

stacjonarne/niestacjonarne\*

***Dziekan***

***Wydziału Sztuki***

***UJK w Kielcach***

***Dotyczy****: wyrażenia zgody na wznowienie studiów*

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów od ……… semestru ………roku studiów ……… stopnia w roku akademickim 20……. /20……… na kierunku ………………………………………………………………………...

*Uzasadnienie:*

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

……………………………………………..

*podpis osoby ubiegającej się o wznowienie*

*Opinia Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry\*:*

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

………………...…………………………………

*data i podpis*

*Opinia Prodziekana:*

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

…………………………………

*data i podpis*

***Decyzja Dziekana****:*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na wznowienie studiów

…………………………………

*data i podpis*

Wysokość opłaty z tytułu różnic programowych : ……...……..……… zł

**Termin płatności**: 7 dni od daty odebrania niniejszego rozstrzygnięcia.

…………………………………

*data i podpis Prodziekana*

*\*niepotrzebne skreślić*