UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Sztuki

Kielce, dnia …………………………..

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

kierunek: ……………..…………………………………………………

stacjonarne/niestacjonarne\*

rok: ………… stopień: pierwszy, drugi, jednolite magisterskie\*

numer albumu: ……………………………………………………..…

adres: …………………………………………………………….…….

………………………………………….………………...……..

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

***Dziekan***

***Wydziału Sztuki***

***UJK w Kielcach***

***Dotyczy****: wyrażenia zgody na powtarzanie semestru*

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru .............. bez kontynuacji / z możliwością kontynuacji\* nauki w semestrze ……………..… w roku akademickim 20............/20............. .

Powtarzanie dotyczy następujących przedmiotów: …………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Uzasadnienie:*

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

….………………………………

*podpis studenta*

*Opinia Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry\*:*

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

…………………………………………………

*data i podpis*

***Decyzja Dziekana:***

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na powtarzanie semestru ..............................w roku akademickim 20.…..…/20.………*.*

Wysokość opłaty ……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Termin płatności**: 7 dni od daty podpisania aneksu do umowy o warunkach i zasadach odpłatności za usługę edukacyjną / odebrania niniejszego rozstrzygnięcia.

………………………………

*data i podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*