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*