**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Sztuki**

 Kielce, dnia …………………………..

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

 kierunek: Sztuki plastyczne

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/roku studiów\*…… w roku akademickim 20…/20…
z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

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

*Uzasadnienie:*

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

….………………………………

 *podpis studenta*

*Opinia Dyrektora Instytutu Sztuk Wizualnych:*

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

…………………………………………………

 *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*