**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Sztuki**

Kielce, dnia …………………………..

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

…………………………………………………………...……..

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

tryb studiów 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 ak. 20……. /20……… na kierunku **Edukacja Artystyczna w Zakresie Sztuki Muzycznej**.

Uzasadnienie:

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

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

……………………………….…………………………………..

*podpis osoby ubiegającej się o wznowienie*

Opinia Dyrektora Instytutu Muzyki:

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

……………………………….…………………………………..

*podpis i data*

Opinia Prodziekana:

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

……………………………….…………………………………..

*podpis i data*

***Decyzja Dziekana****:*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na wznowienie studiów

……………………………….…………………………………..

*podpis i data*

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

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

……………………………….…………………………………..

*podpis i data*

*\*niepotrzebne skreślić*