**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*