

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*