|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 przesunięcie terminu złożenia pracy dyplomowej*

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu złożenia pracy licencjackiej/magisterskiej\* do dnia ………………….……………………………………………………………………………………..………..

|  |  |
| --- | --- |
| Uzasadnienie: |  |
|  |
|  |
|  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..………………………

*Podpis Studenta*

***Opinia Promotora:***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..………………………

*Data i podpis Promotora*

***Decyzja Dziekana:***

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przesunięcie terminu złożenia pracy licencjackiej/magisterskiej\* do dnia ………………….…………………………………………………………………………………,,,,………..

Brak możliwości starania się o świadczenia socjalne ………………………………………………………………………………….…………..……………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..………………………

*Data i podpis Dziekana*