**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 wznowienie studiów*

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów od ……… semestru ………roku studiów ……… stopnia w roku akademickim 20……. /20……… na kierunku…….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…...….

Uzasadnienie:

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

………………….………………………………

 *podpis osoby ubiegającej się o wznowienie*

*Opinia Dyrektora Instytutu:*

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

…………………………………………………

 *data i podpis Dyrektora Instytutu*

*Opinia Prodziekana:*

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

…………………………………………………

 *data i podpis Prodziekana*

***Decyzja Dziekana****:*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na wznowienie studiów

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

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

………………………………

 *data i podpis Dziekana*

*\*niepotrzebne skreślić*