

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