**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 powtarzanie semestru*

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru/roku studiów\*…… w roku akademickim 20..…/20…..  
z powodu niezaliczenia następujących przedmiotów:

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

*Uzasadnienie:*

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

….………………………………

*podpis studenta*

*Opinia Dyrektora Instytutu:*

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

…………………………………………………

*data i podpis Dyrektora Instytutu*

***Decyzja Dziekana:***

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na powtarzanie semestru ..............................w roku akademickim 20.…..…/20.………*.*

Wysokość opłaty ……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Termin płatności**: 7 dni od daty podpisania aneksu do umowy o warunkach i zasadach odpłatności za usługę edukacyjną / odebrania niniejszego rozstrzygnięcia.

………………………………

*data i podpis Dziekana*

*\*niepotrzebne skreślić*