

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