

Kielce, dnia .....

imię i nazwisko: .....

kierunek studiów: .....

stacjonarne/niestacjonarne\*

rok studiów: .....

stopień: I stopień / II stopień / jednolite magisterskie \*

numer albumu: .....

adres: .....

telefon/e-mail: .....

**Dziekan  
Wydziału Pedagogiki i Psychologii  
UJK w Kielcach**

**Dotyczy: wyrażenia zgody na powtarzanie semestru**

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie semestru ..... bez kontynuacji / z możliwością kontynuacji\* nauki w semestrze ..... w roku akademickim 20...../20..... . Powtarzanie dotyczy następujących przedmiotów .....

*Uzasadnienie:*

.....  
*podpis studenta*

*Opinia Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry\*:*

.....  
*data i podpis*

**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*

\*niepotrzebne skreślić