UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Pedagogiki i Psychologii

 **Załącznik nr 8.10.**  *Procedura obsługi toku studiów*

 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 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/Kierownika Katedry\*:*

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

 ………………...…………………………………

 *data i podpis*

*Opinia Prodziekana:*

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

 …………………………………

 *data i podpis*

***Decyzja Dziekana****:*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na wznowienie studiów

…………………………………

 *data i podpis*

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

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

…………………………………

 *data i podpis Prodziekana*

*\*niepotrzebne skreślić*