

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