

Kielce, dnia

imię i nazwisko:

PESEL

adres:

.....

telefon / e-mail:

stacjonarne/niestacjonarne*

Dziekan

Wydziału Pedagogicznego i Artystycznego

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 kierunek specjalność

Uzasadnienie:

.....

.....
podpis osoby ubiegającej się o wznowienie

Opinia Dyrektora Instytutu:

.....

.....
data i podpis Dyrektora Instytutu

Opinia Prodziekana:

.....

.....
data i podpis Prodziekana

Decyzja Dziekana:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wznowienie studiów

.....
data i podpis Dziekana

Wysokość opłaty:

Termin płatności: 7 dni od daty podpisania umowy o warunkach i zasadach odpłatności za usługę edukacyjną.

.....
data i podpis Prodziekana

*niepotrzebne skreślić