

Kielce, dnia

imię i nazwisko:

PESEL.....

kierunek:

stacjonarne/niestacjonarne*

specjalność:

rok: stopień:

numer albumu:

adres:

telefon / e-mail:

Dziekan

Wydziału Pedagogicznego i Artystycznego

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:

.....
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 umowy o warunkach i zasadach odpłatności za usługę edukacyjną.

.....
data i podpis Dziekana

*niepotrzebne skreślić