

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 przesunięcie terminu zaliczeń

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu zaliczenia/zaliczeń* z niżej wymienionego/wymienionych* przedmiotu/przedmiotów* do końca sesji poprawkowej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis studenta

Decyzja Dziekana:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przedłużenie terminu zaliczeń do dnia

.....
data i podpis Dziekana

*niepotrzebne skreślić