

Załącznik nr 8.4. 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 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/Kierownika Katedry*:

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

.....
data i podpis

Decyzja Dziekana:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na powtarzanie semestru w roku akademickim 20...../20.....

Wysokość opłaty

Termin płatności: 7 dni od daty podpisania aneksu do umowy o warunkach i zasadach odpłatności za usługę edukacyjną / odebrania niniejszego rozstrzygnięcia.

.....
data i podpis

*niepotrzebne skreślić