

Załącznik nr 8.9. 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 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