

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