UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Pedagogiki i Psychologii

*Załącznik nr 9 do Procedury WSZJK-WPP/1 (wersja: 03/2025)*

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*