UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Pedagogiki i Psychologii

*Załącznik nr 2 do Procedury WSZJK-WPP/3 (wersja: 04/2025)*

Kielce, dnia …………………………..

imię i nazwisko: …………………………………………………..…………..

kierunek studiów: ……………..………………………………………

stacjonarne/niestacjonarne\*

 rok/semestr studiów: …………………………………………………

stopień: I stopień / II stopień / jednolite magisterskie \*

numer albumu: …………………….……………….………………..…

adres: ………………………………………………..……………….…….

telefon/e-mail: ……………………………….……….………………..

***Dyrektor Instytutu Pedagogiki / Kierownik Katedry Psychologii \****

***Dotyczy****: wyrażenia zgody na zmianę zajęć do wyboru*

Proszę o wyrażenie zgody na zmianę ścieżki kształcenia z dotychczasowej ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

na……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

*Uzasadnienie:*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

………..…………………………………

 *podpis studenta*

***Opinia Dyrektora Instytutu/ Kierownika Katedry\*:***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………..………

 *data i podpis*

***Decyzja Prodziekana ds. kształcenia***

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na zmianę zajęć do wyboru

 ……………………………………………

 *data i podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*