

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