UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Pedagogiki i Psychologii

**Załącznik nr 6.1.***Procedura wyboru ścieżki kształcenia, przedmiotów fakultatywnych i przedmiotów wsparcia studentów w procesie uczenia się*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kielce, dnia |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imię i nazwisko: |   |  |
| PESEL: |   |  |
| kierunek: |   |  |

[ ] stacjonarne [ ] niestacjonarne\*\* [ ]  Io [ ]  IIo [ ]  jednolite magisterskie\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| rok: |   | numer albumu:  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| adres: |   |  |
|  |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| telefon/e-mail: |   |  |

|  |
| --- |
| Dyrektor Instytutu Pedagogiki / Kierownik Katedry Psychologii \**dotyczy: wyrażenia zgody na zmianę zajęć do wyboru* |

Zwracam się z prośbą o udzielenie zgody na zmianę zajęć do wyboru z dotychczasowych:

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| na: |   |

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|          |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| *Podpis Studenta* |

*Opinia zastępcy ds. kształcenia Dyrektora Instytutu / Kierownika Katedry \**

|  |
| --- |
|      |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

*Data i podpis*

*Decyzja Prodziekana ds. kształcenia*

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

*Data i podpis Prodziekana*

\*niewłaściwe skreślić | \*\*zaznacz właściwe

uwaga: wypełniając formularz używaj Shift+Enter