UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH Wydział Pedagogiki i Psychologii



**Załącznik nr 8.10.**  *Procedura obsługi toku studiów*

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*