Lublin, dnia……………………….…………

.…………………………………………..

 *imię i nazwisko studenta*

…………………………………………..

 *rok, kierunek, rodzaj studiów, stopień*

…………………………………………...

 *numer albumu*

…………………………………………...

 *telefon kontaktowy/email*

**Dziekan**

**Wydziału Pedagogiki i Psychologii
UMCS w Lublinie**

***Wniosek w sprawie wznowienia w celu ukończenia studiów***

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów w celu ich ukończenia. Studia nie zostały ukończone z powodu:

1. niezaliczenia seminarium i niezłożenia pracy dyplomowej
2. niezłożenia pracy dyplomowej.

**Uzasadnienie**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.………..…..………………… */czytelny podpis Studenta/*

***Opinia promotora***

**Gotowość promotora do dalszej opieki nad studentem: TAK/NIE**

**Przewidywana liczba godzin indywidualnej opieki nad studentem: ……….**

**Przewidywana data wgrania pracy do APD (pierwszego sprawdzenia systemem antyplagiatowym)**

**(dzień, miesiąc, rok):……………………………………………...………………….………………………**

**Przewidywana data obrony pracy (dzień, miesiąc, rok):…………………………........................................**

 *………………………………*

 *podpis promotora*

***Decyzja***

Na podstawie §33 i §38 *Regulaminu studiów UMCS* **nie wyrażam zgody/wyrażam zgodę\*** na wznowienie studiów w celu ich ukończenia/ realizację seminarium w trybie indywidualnej organizacji studiów/ złożenie pracy dyplomowej i obronę w terminie od:……….... do:..……………

 Zgodnie z obowiązującymi przepisami za dodatkowe zajęcia związane ze wznowieniem studiów w celu ich ukończenia obowiązuje opłata w wysokości: …………………………………………...zł.

Opłatę należy wnieść w terminie nie przekraczającym daty wgrania pracy do APD.

 Lublin, dnia

 *………………………………*

 *podpis Dziekana*