**WNIOSEK O ZMIANĘ WARUNKÓW PŁATNOŚCI ZA STUDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię:** |  | **Kierunek studiów/specjalność:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  | **Stopień oraz rok studiów** | Stopień studiów:I stopień / II stopień / jednolite magisterskie\* | Rok studiów: |
| **Nr telefonu:** |  | **Nr indeksu:** |  | **Forma studiów:** | stacjonarne/niestacjonarne\* |

**dr hab. Ewa Bogacz-Wojtanowska, prof. UJ**

**Dziekan Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ**

przez

**…..........................................................**

**Dyrektor Instytutu................../Kierownik Katedry**

Zwracam się z prośbą o zmianę warunków płatności za studia na kierunku..…………………………………………………………

w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego 20...../20.....

Jako rozwiązanie proponuję:

* odroczenie terminu spłaty całego zobowiązania w wysokości …………………………… do dnia ………………20……r.
* spłatę całego zobowiązania w wysokości …………………. wg następującego harmonogramu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr raty** | **Kwota** | **Waluta****PL/EUR** | **Tytuł zobowiązania** *(np. czesne, powtarzanie przedmiotu)* | **Termin płatności** | **Proponowany termin płatności** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Brak terminowej spłaty całości lub części ww. należności skutkuje wymagalnością całego świadczenia na zasadach określonych dotychczas w oświadczeniu o zapoznaniu się i akceptacji warunków odpłatności za studia na Uniwersytecie Jagiellońskim

**Uzasadnienie:**

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

Załączniki potwierdzające argumenty przedstawione w uzasadnieniu:

1.

2.

3.

………………………………………………………….

data i podpis wnioskodawcy

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK SEKRETARIAT DS. STUDENCKICH** |
| Status studenta w dniu złożenia wniosku: | aktywny/ostatecznie skreślony z listy studentów\* |
| Wysokość całkowitej należnej opłaty za usługi edukacyjne: |  |

……..…………………………………………………………

data, podpis i pieczęć pracownika obsługującego tok studiów

|  |
| --- |
| **OPINIA DYREKTORA INSTYTUTU/KIEROWNIKA KATEDRY** |
| Popieram zaproponowany przez wnioskodawcę termin/harmonogram\* spłaty zobowiązania / Proponuję następujący harmonogram spłaty zobowiązania:\*  | data, podpis i pieczęć |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr raty** | **Kwota** | **Waluta****PL/EUR** | **Tytuł zobowiązania** *(np. czesne, powtarzanie przedmiotu)* | **Termin płatności** | **Proponowany termin płatności** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DECYZJA DZIEKANA**  |
| W odpowiedzi na Pani/Pana wniosek **wyrażam zgodę/nie wyrażam**\* zgody na zmianę warunków płatności kwoty ……………….. z tytułu czesnego/powtarzania przedmiotu(ów)\* w semestrze zimowym/letnim\* w roku akademickim 20...../20...... zgodnie z:* zaproponowanym przez Pana/Panią terminem spłaty/harmonogramem\*
* zaproponowanym przez Dyrektora Instytutu/Kierownika Katedry harmonogramem
 | data, podpis i pieczęć  |