

.....
imię i nazwisko prowadzącego zajęcia

.....
tel. kontaktowy

.....
e-mail

**FORMULARZ O ZMIANĘ TERMINU REALIZACJI ZAPLANOWANYCH ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH
z powodu nieobecności pracownika**

Proszę o zmianę terminu realizacji zaplanowanych zajęć dydaktycznych
na kierunku..... studia stacjonarne/niestacjonarne*

1.

rok studiów.....

nazwa przedmiotu i forma zajęć (W, C, J, L, S, P):
.....

zaplanowanego w dniu.....

w godzinach, w sali

na dzień.....

w godzinach, w sali

2.

rok studiów.....

nazwa przedmiotu i forma zajęć (W, C, J, L, S, P):
.....

zaplanowanego w dniu.....

w godzinach, w sali

na dzień.....

w godzinach, w sali

3.

rok studiów.....

nazwa przedmiotu i forma zajęć (W, C, J, L, S, P):
.....

zaplanowanego w dniu.....

w godzinach, w sali

na dzień.....

w godzinach, w sali

Powód przełożenia terminu zajęć.....
.....
.....

.....
podpis prowadzącego zajęcia

Akceptuję/ Nie akceptuję*

.....
data i podpis Dziekana