Piotrków Tryb, dnia > ……………………………………

>  
………………………………………………………..   
Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia  
>  
……………………………………………………….  
Tel. Kontaktowy

>  
………………………………………………………...  
e-mail

**FORMULARZ 0 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:

Powód przełożenia terminu zajęć:   
 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………..………….…………….………..…………………………………

podpis prowadzącego zajęcia

Akceptuję/ Nie akceptuję\*  
  
…………………………………………………………………………………  
 data i podpis Dziekana