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