

**Wniosek o wyrażenie zgody na zmianę terminu realizacji zajęć dydaktycznych
lub zmianę w obsadzie zajęć**

Rok akademicki:

Instytut / Katedra (symbol)	
Imię, nazwisko:	
Powód nieobecności:	
Tryb studiów : stacjonarny, niestacjonarny	
Semestr /grupa	
Nazwa kursu oraz forma zajęć: (W, Ćw, L, P, Sem.)	
Prowadzący zajęcia wg planu:	Osoba zastępująca (także w przypadku samozastępstwa):
Termin zajęć wg planu:	Nowy termin zajęć*:
Nr sali wg planu:	Nowy nr sali*:

*podać w przypadku zmiany terminu prowadzenia zajęć lub nr sali

Data i podpis prowadzącego zajęcia

osoby zastępującej

Do wiadomości: Kierownik Katedry/Zakładu

Data i podpis Kierownika Katedry/Zakładu

Adnotacja asystenta ds. dydaktyki

Akceptacja:

Data i podpis Dziekana