

FORMULARZ PRZEŁOŻENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH											
imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia						prof. nadzw. dr hab. Halina Chodkiewicz					
okres nieobecności						przełożenie zajęć z dn. 05.05.2016r.					
ZAJĘCIA WG PLANU							TERMIN PRZEŁOŻENIA				
Data	Dzień tygodnia	Godziny	Kierunek/Rok/tok/grupa	Przedmiot	liczba godzin i typ zajęć	sala	Data	Dzień tygodnia	Godziny	liczba godzin i typ zajęć	sala
05.05.2016r.	czwartek	8.00 - 13.20	III/ 1gr sem.	Seminarium dyplomowe	6cw.	204	12.05.2016r.	czwartek	8.00 - 11.30	4cw.	204
									11.40 - 13.20	2cw.	206