

Załącznik nr 1:

## FORMULARZ PRZEŁOŻENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

*imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia*

prof. nadzw dr hab. Halina Chodkiewicz

*okres nieobecności*

przełożenie zajęć z dn. 15.11.2018r.

\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

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
15.11.2018	czwartek	8.55 - 11.30	III/ 1gr sem.	Seminarium dyplomowe	3 ów.	307	22.11.2018r.	czwartek	11.40-14.15	3 ów.	300