

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. 16.05.2019r.

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
16.05.2019r.	czwartek	8.55 - 11.30	III/ 1gr sem.	Seminarium dyplomowe	3 ćw.	304	30.05.2019	czwartek	13.30-16.00	3 ćw.	304
		11.40 - 13.20	II / 1gr	Czytanie i pisanie tekstów dziedzinowych	2 ćw.	304	06.06.2019		13.30-15.10	2 ćw.	304