

Załącznik nr 1:

FORMULARZ PRZEŁOŻENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia

prof. nadzw dr hab. Maryia Zhyhalava

okres nieobecności

przełożenie zajęć z dn. 12.04.2019r.

* 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
12.04.2019r.	piątek	11.40-13.20	III/ sem.	Seminarium dyplomowe	2 ćw.	300	05.04.2019	piątek	13.30 - 15.10	2 ćw.	300