

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. 11.04.2019r.

* 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
11.04.2019r.	czwartek	8.55 - 11.30	III/ 1gr sem.	Seminarium dyplomowe	3 ćw.	304	28.03.2019	czwartek	13.30 - 16.00	3 ćw.	307
		11.40 - 13.20	II / 1gr	Czytanie i pisanie tekstów dziedzinowych	2 ćw.	304	04.04.2019		13.30 - 15.10	2 ćw.	307