

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. 17.12.2018r.

* 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
17.12.2018	poniedziałek - wg planu czwartkowego	8.55 - 11.30	III/ 1gr sem.	Seminarium dyplomowe	3 ćw.	307	20.12.2018r.	czwartek	11.40-14.15	3 ćw.	300