

FORMULARZ ODPRACOWANIA / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia

Ewa Pawłowicz - Sosnowska

okres nieobecności

11.12.2019

powód nieobecności

forma zatrudnienia

um. o pracę / um. cywilna *

ZAJĘCIA WG PLANU							TERMIN ODPRACOWANIA / 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
11.12.2019	środa	14.25-15.10	DIII	DYDAKTYKA MEDYCZNA	1 w	s. 141R	10.12.2019	wtorek	12.35-13.20	1w	302
DATA						CZYTELNY PODPIS					

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ