Załącznik nr 1:

FORMULARZ ~~ODPRACOWANIA~~ / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia **dr Barbara Jędrzejewska**

okres nieobecności **5-9.11.2018**

powód nieobecności **Erasmus**

** NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ*

ZAJĘCIA WG PLANU							TERMIN ODRABIANIA				
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**
06.11.2018	wtorek	14.25-15.10	**Zdrowie Publiczne I S**	Nadzór sanitarno-epidemiologiczny	1ćw	210	*13.11.2018*	*wtorek*	*13.30-14.15*	*1ćw*	*313R*
06.11.2018	wtorek	10.45-11.30	**Pielęgniarstwo II MU**	Farmakologia kliniczna	1w	142R	*19.11.2018*	*poniedziałek*	*11.30-12.25*	*1w*	*212*
06.11.2018	wtorek	9.50-10.35	**Pielęgniarstwo II MU gr I**	Farmakologia kliniczna	1ćw	103R	*19.11.2018*	*poniedziałek*	*12.25-13.20*	*1ćw*	*103R*
07.11.2018	środa	10.45-11.30	**RM II S**	Farmakologia	1w	203H	*19.11.2018*	*poniedziałek*	*13.30-14.15*	*1w*	*103R*
07.11.2018	środa	11.40-13.20	**RM II S**	Farmakologia	2ćw	203H	*19.11.2018*	*poniedziałek*	*14.25-16.00*	*2ćw*	*211*
06.11.2018	wtorek	12.35-13.20	**Fiz II mgr**	Farmakologia w fizjoterapii	1w	216H	*13.11.2018*	*wtorek*	*16.05-16.50*	*1w*	*142R*

DATA	30.10.2018	**CZYTELNY PODPIS**	