Załącznik nr 1:

FORMULARZ ~~ODPRACOWANIA~~ / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia **dr hab. Konrad Hozyasz, prof. PSW**

okres nieobecności **21.01.2020**

powód nieobecności **posiedzenie Rady Naukowej IMID**

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**
21.01.2020	wtorek	9.50-11.30	**Ratownictwo Medyczne II i III rok**	Pediatria	2w	211	*13.01.2020*	*poniedziałek*	16.55-18.30	2w	*141R*
21.01.2020	wtorek	13.30-15.10	**Ratownictwo Medyczne II gr 1**	Pediatria	2ćw	211	*13.01.2020*	*poniedziałek*	15.15-16.50	2ćw	*103R*
21.01.2020	wtorek	8.00-9.40	**Ratownictwo Medyczne II gr 2**	Pediatria	2ćw	211	*13.01.2020*	*poniedziałek*	*18.35-20.10*	2ćw	*103R*
21.01.2020	wtorek	11.40-13.20	**Ratownictwo Medyczne III**	Pediatria	2ćw	211	*14.01.2020*	*wtorek*	*16.05-17.40*	2ćw	*103R*
DATA		07.01.2020			**CZYTELNY PODPIS**		Konrad Hozyasz				

**** NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ***