Załącznik nr 1:

FORMULARZ ~~ODPRACOWANIA~~ / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia dr Dorota Plewik

okres nieobecności ...27.11.2019.....

powód nieobecności przyczyny osobiste

forma zatrudnienia um. o pracę / ~~um. cywilna *~~

.....

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
2019-11-27	środa	16.05-17.40	Dietetyka/II/S	Diagnostyka laboratoryjna	2 w.	312R	2019-12-04	środa	17.45-19.20	2 w.	312R