

FORMULARZ ODPRACOWANIA / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia

MAGDALENA ZWOLIŃSKA-LIGAJ

okres nieobecności

28.05.2019 r.

powód nieobecności

wzięta lekarka z niepełnym wymiarem etatu i w okresie urlopu

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
28.05.19	wt	15:15-16:00	E, I mag	Przedmiot	1	145R	4.VI	piątek	15:15-16:00	1	145R
28.05.19	wt.	17:30-19:00	E, I mag	Seminaria	2	388R	4.VI	wtorek	10:40-12:15	2	388R
DATA	17.05.2019 r.					CZYTELNY PODPIS	M. Zwolińska-Ligaj				

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Stwierdzam dostępność sal.

17.V.2019

11.11.19.