

Koszalin, dnia

Imię i Nazwisko

Nazwa Wydziału/Instytutu

Nazwa Katedry/Zakładu

Prorektor ds. Kształcenia
dr hab. Krzysztof Wasilewski, profesor PK

Proszę o wyrażenie zgody na jednorazową zmianę terminu realizacji zajęć dydaktycznych /
zmianę osoby prowadzącej zajęcia dydaktyczne* z powodu.....

Zajęcia zostały / ~~zostaną~~* zrealizowane według poniższego harmonogramu:

Lp.	Kierunek Poziom Tryb studiów	Rok Semestr Grupa	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Termin zajęć wg planu	Termin zajęć po zmianie	Imię i Nazwisko osoby realizującej w zastępstwie zajęcia dydaktyczne
					data/godzina/sala	data/godzina/sala	

Kierownik Katedry/Zakładu

Podpis

Prodziekan / Zastępca Dyrektora

Prorektor ds. Kształcenia

Uwagi

* niepotrzebne skreślić