**FORMULARZ ZASTĘPSTW I ODRABIANIA ZAJĘĆ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instytut/Katedra/ogólnouczelniana jednostka dydaktyczna** (*symbol* )**:** | |
| **Kierunek**: | |
| **Ścieżka dypl./specjalność:** | |
| **Studia\*:***I stopień,* *II stopień, jednolite magisterskie, III stopień*, *szkoła doktorska,* *podyplomowe stacjonarne, niestacjonarne* | |
| **Semestr/grupa:** | |
| **Nazwa zajęć oraz ich forma\*:** (*W., Ćw., Lab., Proj., Sem., Konw., Lekt., Ter.*) | |
| **Odpowiedzialny za zajęcia:** | **Prowadzący formę zajęć:** |
| **Termin zajęć wg planu:** | **Miejsce odbywania zajęć wg planu:** |
| **ZASTĘPSTWO NA ZAJĘCIACH** (dotyczy, nie dotyczy)**\*\*** | |
| **Osoba zastępująca:**  data: . podpis: . | |
| **Akceptacja odpowiedzialnego za zajęcia** **(dyrektora/kierownika –** jeżeli zastępstwo dotyczy odpowiedzialnego za zajęcia**):**  data: . podpis: . | |
| **ODRABIANIE ZAJĘĆ** (dotyczy, nie dotyczy)**\*\*** | |
| **Termin odrabiania zajęć:** | **Miejsce odrabiania zajęć:** |
| **Akceptacja odpowiedzialnego za zajęcia (Dyrektora/Kierownika** **–** jeżeli odrabianie dotyczy odpowiedzialnego za zajęcia**):**  data: . podpis: . | |

*\** właściwe podkreślić

\*\* niepotrzebne skreślić

Do wiadomości:

* dyrektor instytutu/kierownik katedry/dyrektor ogólnouczelnianej jednostki dydaktycznej\*

Uwaga:

Jeżeli to możliwe, informację o planowanej zmianie terminu zajęć należy podać do wiadomości studentom co najmniej z 3-dniowym wyprzedzeniem.