**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,* *podyplomowestacjonarne, 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.