

Koszalin, dnia .....

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Nazwa Wydziału/Instytutu

\_\_\_\_\_  
Nazwa Katedry/Zakładu

Prof. nadzw. dr hab. Danuta Zawadzka  
Prorektor ds. Kształcenia 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	
1.							
2.							
3.							
...							

\_\_\_\_\_  
Kierownik Katedry/Zakładu

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Prodziekan / Zastępca Dyrektora

\_\_\_\_\_  
Prorektor ds. Kształcenia

Uwagi

\* niepotrzebne skreślić