Koszalin, dnia ………………

 Imię i Nazwisko

Wydział Elektroniki i Informatyki

 Nazwa Wydziału/Instytutu

 Nazwa Katedry/Zakładu

 dr hab. Krzysztof Wasilewski prof. PK

 Prorektor ds. Kształcenia PK

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | KierunekPoziomTryb studiów | RokSemestrGrupa | 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. |  |  |  |  |  |  |  |

 Kierownik Katedry/Zakładu Podpis

Prodziekan / Zastępca Dyrektora Prorektor ds. Kształcenia