**FORMULARZ**

**ZMIANA TERMINU ODRABIANIA ZAJĘĆ**

Kierunek: …………………………………………………….

Rok studiów : ……………………………………………………

Nazwa przedmiotu i forma zajęć (W, WS, Ć, K, L, S)

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………..

Prowadzący przedmiot (formę zajęć): …………………………..…………………………………………………………………………………

Termin zajęć wg planu: ……………………………………………………

Miejsce odbywania zajęć wg planu: ……………………………………………………

Powód przełożenia terminu zajęć:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Termin odrabiania zajęć: ……………………………………………………

Miejsce odrabiania zajęć: ……………………………………………………

 ……………………………………………. (podpis prowadzącego)

Akceptuję:

………………………………… ………….……………………………

 *(data) (podpis kierownika jednostki)*

*Uwaga:*

*Termin odrabiania zajęć powinien być podany do wiadomości studentów z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem.*