Gdynia, dnia ………………

………………………………………

(imię i nazwisko)

Katedra …………………………

**Prodziekan WNHiS**

**ds. kształcenia i studenckich**

dr Patrycja BAŁDYS

Dotyczy: przeniesienia zajęć

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeniesienie zajęć z dnia/dni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa** | **Data zajęć odwołanych** | **Godziny lekcyjne** | **Data przeniesionych zajęć** | **Godziny lekcyjne** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Zajęcia zostaną przeniesione w następujący sposób:

Uzasadnienie: ……………..…………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………

*(podpis nauczyciela akademickiego)*

…………………………………

*(podpis osoby ustalającej przeniesienie)*

Termin/y ustalono

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

…………………………………

*(data i podpis Prodziekan)*

Zapoznałem się z prośbą

 Kierownik Katedry