………………………………….. ……………………………

 *Imię i nazwisko pracownika Miejscowość, data*

………………………………….

 *Nazwa jednostki*

**INFORMACJA O ZMIANIE TERMINU ZAJĘĆ**

Kierunek i poziom studiów: ……………………….………………………………………….

Rok studiów : ………………………………………………….………………………………

Nazwa przedmiotu: …………………...………………………………………………………..

Grupa studencka nr …………………………………………………………………………….

Prowadzący przedmiot: ………..………...…….……………….………………………………

**Termin zajęć wg planu: data …………………… godz. ………-…… sala nr ……………..**

Powód przełożenia terminu zajęć:

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

**Termin odrabiania zajęć: data …………………godz. ……-…… sala nr ……………….**

……………………………… *(podpis prowadzącego)*

**Akceptacja Dziekana**:

…………………………………

 *(data i podpis Dziekana)*

*Uwaga:*

*Termin odrabiania zajęć powinien być podany do wiadomości studentów.*