**Załącznik 9**

**Wniosek o zmianę terminu zajęć**

Tytuł/ stopień naukowy/ Imię i nazwiskoSłupsk, dnia…

Katedra……………….

Zakład……………….

**Kierownik Katedry………………………..**

**………………………………………………**

**Wniosek o zmianę terminu prowadzenia zajęć dydaktycznych**

Proszę o zmianę terminu realizacji zajęć dydaktycznych ze względu na ……………(uzasadnienie potrzeby zmiany)

Zajęcia przed zmianą

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kierunek studiów | Forma studiów | Poziom | Rok | Grupa | Przed zmianą | | |
| Data | Godzina | Sala |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Proponowana zmiana zajęć

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kierunek studiów | Forma studiów | Poziom | Rok | Grupa | Proponowana zmiana | | |
| Data | Godzina | Sala |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Proponowana zmiana zajęć (termin i sala) zostały uzgodnione z Katedralnym koordynatorem planowania.

Podpis nauczyciela

Opinia Kierownika Zakładu

Decyzja Kierownika Katedry